FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 65

SÉMÉIOLOGIE

DES

HÉMORRAGIES SPONTANÉES DE L'OREILLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 MARS 1896

PAR

Jacques-Stéphane YSAMBERT
Né à Paris, le 12 avril 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	ARNOZAN,	professeur,	*président.*
	DUPUY,	professeur,	*juges.*
	AUCHÉ,	agrégé,	
	BINAUD,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 65

SÉMÉIOLOGIE

DES

HÉMORRAGIES SPONTANÉES DE L'OREILLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 MARS 1896

PAR

Jacques-Stéphane YSAMBERT
Né à Paris, le 12 avril 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN,	professeur,	*président.*
DUPUY,	professeur,	*juges.*
AUCHÉ,	agrégé,	
BINAUD,	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne.....	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD.
	CASSAËT.
	AUCHÉ.
	SABRAZÈS.
	LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR.
	BINAUD.
	BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe ..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

A MA MÈRE ADOPTIVE

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE TOURS ET DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur MOURE

Chargé du cours de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, à la clinique annexe de la Faculté.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

SÉMÉIOLOGIE

DES

HÉMORRAGIES SPONTANÉES DE L'OREILLE

INTRODUCTION

Dans le courant de notre dernière année d'études à Bordeaux, nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique otologique de la Faculté quelques cas d'hémorragies spontanées de l'oreille; et, en parcourant la littérature médicale, il nous a été facile de nous convaincre qu'aucune étude d'ensemble n'avait été faite sur ce sujet, aussi avons-nous pensé qu'il y aurait un intérêt pratique à grouper les documents épars dans la science.

Nous nous sommes donc décidé, sur les conseils de M. le Dr Moure, à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Mais nous n'avons pas la prétention de soumettre à l'appréciation de nos juges un travail absolument complet sur la question, cependant nous avons fait un assez grand nombre de recherches bibliographiques pour nous permettre de réunir une cinquantaine d'observations que nous avons résumées ou publiées *in extenso* suivant leur importance.

Nous éliminerons de notre sujet les hémorragies par traumatismes (directs ou indirects), par conséquent consécutives aux fractures du rocher, du conduit auditif externe ou aux blessures de ce conduit, de la membrane du tympan et de la caisse.

Dans les fractures du rocher où l'otorragie est un symptôme de premier ordre, la nature de l'accident : un coup, une chute sur la tête ou sur les pieds, un projectile, et l'instantanéité de l'hémorragie qui est plutôt continue et abondante, sont des signes qui ne permettent en général aucun doute.

Dans les fractures du conduit auditif par violence sur le menton (chute, coup de pied de cheval, coup de poing), le malade ressent une douleur très vive en remuant la mâchoire et en même temps perçoit une légère crépitation dans l'oreille correspondante.

Avec les blessures du conduit, de la membrane du tympan et de la caisse, nous éliminons les hémorragies produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants portant directement sur l'organe, comme dans le fait de se gratter l'oreille avec le doigt, avec une épingle, un cure-oreilles, etc.

Les otorragies produites par la présence de corps étrangers dans l'oreille rentrent dans cette catégorie; qu'il s'agisse de corps inertes, tels que fragments de bois, perles de verre, grains de chapelet, etc., ou vivants, tels que mouches, puces, fourmis, vers, etc.

Nous éliminerons également les écoulements de sang consécutifs aux ruptures de la membrane du tympan, dues à un refoulement brusque de l'air dans le conduit auditif externe, et à une exagération de pression de l'air dans la caisse, c'est-à-dire celles qui se présentent d'une part chez les artilleurs à la suite d'une violente détonation, dans les chutes d'un lieu élevé, après un soufflet, etc., et d'autre part celles qui ont lieu chez les pendus, dans la strangulation, dans les quintes de toux, dans l'éternuement, etc.

Nous ne parlerons pas non plus des hémorragies chirurgicales faites dans un but thérapeutique. Telles sont celles consécutives à la ponction ou à la perforation de la membrane du

tympan pour évacuer la caisse de son contenu ; celles consécutives aux tentatives malheureuses d'extraction de corps étrangers ou de cathétérisme.

Enfin nous éliminerons les hémorragies de l'oreille interne, qui nous feraient dépasser notre but, en nous obligeant à traiter dans un chapitre spécial un sujet très complexe, et qui mériterait à lui seul une étude spéciale (maladie de Menière).

Nous diviserons donc notre travail en trois parties. Dans la première, qui sera précédée d'un chapitre spécial pour l'anatomie vasculaire de l'oreille, nous traiterons des hémorragies auriculaires dans les maladies générales, dans les névroses et dans les troubles de la menstruation.

Dans la seconde, nous nous occuperons des hémorragies de l'oreille externe, pavillon et conduit auditif.

Dans la troisième partie, nous étudierons les hémorragies de l'oreille moyenne, membrane et caisse du tympan.

Nous envisagerons pour chacune des deux dernières parties les lésions inflammatoires aiguës, les lésions inflammatoires chroniques et les tumeurs.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier tout particulièrement M. le docteur Moure, à qui nous devons l'idée première de ce travail. C'est grâce à ses conseils et au bon accueil qu'il nous a fait tant à sa clinique que chez lui où il a mis gracieusement à notre disposition tous les ouvrages qui nous étaient nécessaires, que nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations (dont quelques-unes personnelles) et que nous avons pu mener notre travail à bonne fin.

C'est donc pour nous un devoir que d'assurer M. le docteur Moure de notre entier dévouement et de lui adresser le sincère hommage de notre reconnaissance.

Nous remercions également M. le professeur Arnozan du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

a). *Pavillon.* — Le pavillon de l'oreille est très vasculaire. Ses artères, les auriculaires, proviennent : les antérieures de la temporale superficielle, branche de la carotide externe ; les postérieures de l'auriculaire postérieure, également branche de la carotide externe.

Les auriculaires antérieures, au nombre de trois, se distribuent à la face externe du pavillon. La plus inférieure irrigue la moitié antérieure du lobule et le tragus. La branche moyenne se rend à la moitié inférieure de la portion ascendante de l'helix et la branche supérieure à la moitié supérieure de cette même portion de l'helix.

Les auriculaires postérieures irriguent la face interne du pavillon ; parmi elles, il en est qui contournent le bord libre de ce pavillon pour se perdre à la région postérieure de la face externe, sur l'helix (Branches contournantes) et d'autres qui perforent le cartilage du pavillon de dedans en dehors et qui irriguent la région postérieure de la face externe (Branches perforantes). En somme, le pavillon comprend deux territoires artériels : 1° la région antérieure de la face externe, alimentée par la temporale superficielle ; 2° la moitié postérieure de cette même face et la face interne, entièrement alimentée par l'auriculaire postérieure. Les différentes branches de ces deux territoires s'anastomosent ensemble pour former un riche réseau vasculaire.

Les veines, comme les artères, se divisent en antérieures et en postérieures. Les veines auriculaires antérieures se jettent

dans la veine temporale superficielle et, de là, dans la jugulaire externe; les veines auriculaires postérieures se jettent également dans la veine jugulaire externe.

b). *Conduit auditif externe.* — Les artères du conduit auditif externe proviennent, les unes, de la *temporale superficielle* et de l'*auriculaire postérieure* pour la portion fibro-cartilagineuse, les autres de l'*artère tympanique,* branche de la maxillaire interne pour la portion osseuse.

Les veines se jettent, les antérieures en partie dans la veine maxillaire interne et en partie dans le plexus ptérygoïdien, les postérieures, dans la veine jugulaire externe.

c). *Membrane du tympan.* — Les artères de cette membrane proviennent, d'une part, du conduit auditif et, d'autre part, de la caisse.

Les premières se distribuent à la couche superficielle ou cutanée; les secondes, à la couche muqueuse ou profonde.

Les artères de la couche cutanée proviennent des artérioles de la peau du conduit et viennent rayonner tout autour de la membrane tympanique en avançant plus ou moins vers son centre. En haut, deux d'entre elles, plus volumineuses, descendent de chaque côté du manche du marteau et fournissent un abondant réseau à la portion sus-ombilicale du tympan.

Ces artérioles proviennent de l'artère stylo-mastoïdienne, branche de l'auriculaire postérieure.

Les artères de la couche muqueuse proviennent de l'artère tympanique, branche de la maxillaire interne qui pénètre dans la caisse par la scissure de Glaser.

Ces artères se distribuent surtout à la portion sous-ombilicale de la membrane tympanique.

Il résulte de cette double source de circulation, que la vascularisation du tympan dans les myringites, est différente suivant que l'inflammation vient du conduit ou de la caisse.

Les veines forment deux réseaux : un cutané et un muqueux, qui s'anastomosent entre eux.

d). *Caisse du tympan.* — Les artères de la caisse sont très nombreuses et proviennent :

1° De l'artère stylo-mastoïdienne, branche de l'auriculaire postérieure; elle fournit trois rameaux à la caisse : un rameau inférieur pour le plancher, un moyen pour la membrane tympanique et un supérieur pour la partie postérieure de la fenêtre ovale.

2° De l'artère tympanique, branche de la maxillaire interne. Elle envoie quelques rameaux sur l'apophyse grêle du marteau et se jette sur la membrane du tympan où elle s'anastomose avec les ramifications de la stylo-mastoïdienne.

3° De l'artère méningée moyenne, branche de la maxillaire interne qui, après avoir traversé le trou petit rond, donne un rameau au muscle du marteau, puis vers l'hiatus de Fallope, donne un second rameau s'anastomosant avec l'artère stylo-mastoïdienne, enfin plus haut, vers le bord supérieur du rocher, fournit de petites artérioles qui pénètrent dans la caisse à travers la suture petro-écailleuse et qui se terminent sur ses parois supérieure et interne.

4° De l'artère pharyngienne, branche de la carotide externe, qui fournit à la caisse un petit rameau se distribuant au plancher et au promontoire.

5° De la carotide interne, qui envoie une petite branche dans la caisse, par le canal carotico-tympanique, laquelle branche se ramifie sur la paroi antérieure et sur le plancher.

Toutes ces artères, en s'anastomosant, forment un réseau très vasculaire qui comprend des rameaux osseux et des rameaux muqueux.

La chaîne des osselets est très vasculaire. L'artère principale du marteau se divise en deux branches qui donnent beaucoup

de ramuscules; une de ces branches pénètre dans l'intérieur du manche. L'enclume et l'étrier ont également un réseau intra-osseux et un réseau périphérique qui s'anastomosent ensemble. Les veines de la muqueuse de la caisse et des osselets sortent par les mêmes orifices de la caisse que les artères, et se jettent soit dans le golfe de la jugulaire interne, soit dans le sinus pétreux supérieur, soit dans les veines méningées moyennes, soit enfin dans les plexus ptérygoïdien et pharyngien.

e). *Cavités mastoïdiennes.* — Leurs artères viennent de la stylo-mastoïdienne et de la méningée moyenne. Leurs veines se jettent en partie dans le sinus latéral.

f). *Trompe d'Eustache.* — Ses artères proviennent de la pharyngienne, branche de la carotide interne, de la méningée moyenne et de la vidienne, branches de la maxillaire interne.

Sa face postéro-interne a pour rapport important le canal osseux de la carotide.

Les veines forment autour de la trompe un riche réseau se jetant dans le plexus ptérygoïdien, et de là, dans les jugulaires.

Nous voyons, d'après ces données anatomiques puisées aux meilleures sources (1), que l'oreille est un organe excessivement vasculaire, et qu'il nous eût été bien difficile de traiter de ses hémorragies, sans avoir au préalable rappelé ses rapports avec les nombreux vaisseaux qui l'irriguent.

A ce point de vue, c'est surtout l'oreille moyenne qui nous intéresse. Sa vascularisation nous explique, en effet, les graves complications qui surviennent si souvent dans certaines otorrhées; et si elle nous explique la fréquence des complications cérébrales par la communication vasculaire qui existe entre la cavité crânienne et la caisse, elle nous explique aussi la possi-

(1) Testut, *Traité d'anatomie descriptive*. — Tillaux, *Traité d'anatomie topographique.*

bilité, dans certains cas, de thromboses du sinus pétreux supérieur, lequel occupe le bord supérieur du rocher.

Nous comprendrons, de même, pourquoi dans certaines affections, et même dans certaines interventions chirurgicales, le golfe de la jugulaire interne qui est en rapport avec la paroi inférieure de la caisse, peut être aussi facilement intéressé. Enfin, ayant toujours présent à l'esprit le rapport de la carotide interne avec la paroi antérieure de la caisse, dont elle n'est séparée que par une mince couche osseuse, nous comprendrons pourquoi, dans bien des cas, dans la carie du rocher entre autres, une otorragie puisse déterminer la mort.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRAGIES DE L'OREILLE DANS LES MALADIES GÉNÉRALES

§ I. *Fièvre typhoïde.*

Les hémorragies dans le cours de la fièvre typhoïde sont assez fréquentes pour que cette affection revête parfois la forme purement hémorragique.

Au début de la maladie, on a des épistaxis; plus tard, on a souvent des hémorragies intestinales, des suffusions sanguines des muqueuses ou de la surface cutanée.

Quant aux otorragies, ce n'est que très rarement qu'on les observe dans cette affection et, pour notre part, nous n'en avons trouvé qu'un cas qui ait été publié dans la science.

Triquet, cependant, dans son Traité des maladies de l'oreille, parle d'un jeune homme de 23 ans, qui, vers le quinzième jour d'une fièvre typhoïde, eut un écoulement purulent des deux oreilles, écoulement qui, du côté droit, *semblait mélangé avec du sang*. Plus loin, il cite le cas d'une jeune fille de 16 ans qui mourut de la fièvre typhoïde et qui, dans les six derniers jours, avait eu des écoulements purulents de l'oreille droite. Le pus, là également, *semblait* tenir en suspension *quelques grumeaux de sang*.

A côté de ces deux faits de Triquet, nsus allons reproduire l'observation beaucoup plus démonstrative de MM. Molinié et Daunic où il est question d'un cas d'otorragie double au cours de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION I (résumée).

(Publiée par MM. Molinié et Daunic, *Revue de laryng. et d'otologie de Bordeaux*, 1895).

Jeanne X..., âgée de 6 ans, constitution délicate, présente des symptômes très nets de fièvre typhoïde.

Au début, douleurs de tête, inappétence, fatigue extrême, saignements de nez à plusieurs reprises, puis douleurs abdominales, céphalalgie, fièvre vive, diarrhée abondante, ventre ballonné, gargouillement de la fosse iliaque droite, qui est douloureuse à la pression, stupeur, taches rosées, en un mot, tous les symptômes de la dothiénentérie.

Sept jours après le début, 19 avril 1892, la petite malade tombe de son lit et se contusionne très légèrement : ecchymose à peine visible. Le lendemain, dans la soirée, survint une hémorragie de l'oreille gauche. On essaie d'établir une relation directe avec le traumatisme de la veille. Le sang qui s'écoule est peu abondant, il est pur et d'un rouge vif.

La petite malade se plaint vivement de la tête, abattement extrême, ne répond pas aux questions pour l'épreuve de la montre et paraît atteinte de surdité.

Le surlendemain de l'accident, nouvelle hémorragie par l'oreille droite. Le sang est également pur et rutilant.

Examen des oreilles : Elles présentent le même aspect des deux côtés. Le fond du conduit au voisinage du tympan est tapissé de sang coagulé.

Le tympan présente une teinte rouge violacé avec petites taches sombres à la partie postéro-inférieure, taches dues probablement à de petits caillots de sang adhérents et qui en imposent pour une perforation faisant penser que le sang vient de la caisse et fait irruption à travers la membrane tym-

panique après l'avoir perforée. Il est cependant impossible de se prononcer, l'examen étant très douloureux et la fillette très abattue. A ce moment, surdité complète des deux côtés.

L'écoulement sanguin continue les jours suivants et la surdité est toujours complète. Une goutte de sang est recueillie et l'examen au microscope et un ensemencement sur gélose ne montrent aucune espèce microbienne. L'idée d'otite suppurée est par là même repoussée.

Le 24 avril, c'est-à-dire quatre jours après la première hémorragie, l'écoulement cesse. La malade est prostrée, très abattue, pousse des cris de douleur, causés par la céphalalgie.

Le 26 avril, douleurs lancinantes dans l'oreille droite ; à ce moment survint une hémorragie nasale assez abondante.

Le 27, la malade vomit constamment, mais épistaxis et otorragies complètement disparues.

Le 28, meilleur état général, la maladie évolue vers la guérison.

Le 4 mai, amélioration complète, l'enfant a recouvré l'ouïe en grande partie. Nouvel examen des oreilles : tympan normal, lisse et brillant, pas la moindre trace de rupture ou de cicatrice d'aucun côté.

La restitution *ad integrum* n'eût pu se produire dans un délai aussi bref et sans laisser de traces s'il se fût agi d'une perforation du tympan. La provenance de l'hémorragie n'était donc pas l'oreille moyenne, mais bien la face externe du tympan.....

Dans cette observation, il s'agit bien d'une fièvre typhoïde à forme hémorragique : épistaxis au vingt-deuxième jour; otorragie gauche le septième jour, et otorragie droite le huitième. Ces deux dernières ayant persisté huit jours.

Le traumatisme insignifiant qui s'est produit le septième jour, ne saurait, du reste, expliquer ces otorragies persistantes ; d'ailleurs, il n'y avait ni rupture du tympan, ni suppuration de la caisse.

Quant à la pathogénie de ces otorragies dans la fièvre

typhoïde, elle est probablement la même que celle des autres hémorragies que l'on rencontre dans cette maladie (épistaxis, hémorragies intestinales, utérines, etc.), mais elle n'est pas connue.

§ II. *Variole.*

Dans la variole comme dans la fièvre typhoïde, on peut avoir des hémorragies de l'oreille, mais elles sont également très rares et sans gravité.

Du reste, les complications de l'oreille dans la variole ne sont que passagères et tendent toujours vers la guérison.

Nous n'en avons trouvé qu'un seul cas, et encore le malade étant mort le neuvième jour de sa maladie, ce fut l'autopsie qui indiqua la nature de son otite.

OBSERVATION II

(Triquet. *Clin. des maladies de l'oreille*, 2e partie.)

Jeune homme de 25 ans qui mourut à l'Hôtel-Dieu d'une variole confluente, et qui, pendant les deux derniers jours qui précédèrent sa mort, eut un écoulement purulent de l'oreille gauche.

Autopsie : Oreille gauche. La peau membraneuse qui tapisse le conduit auditif est rouge, plus vasculaire, avec des taches livides.

Le tympan offre une large perforation centrale.

La muqueuse qui revêt les osselets est rouge et enflammée.

Dans la trompe, rougeur, vascularisation, épaississement.

La caisse est baignée d'un pus brun, sanieux, *mêlé de sang.*

Oreille droite : La muqueuse qui tapisse la caisse est plus rouge, plus vasculaire, tuméfiée.

§ III. *Scarlatine.*

Les localisations auriculaires dans la scarlatine sont assez fréquentes, et, qui plus est, d'une certaine gravité.

Les otites qui apparaissent au début de cette maladie, avant que ses symptômes ne soient confirmés, seraient plus particulièrement graves. En général, elles apparaissent vers la troisième ou la quatrième semaine et ont un très grand pouvoir destructif. C'est ce qui explique, du reste, les otorragies parfois mortelles que l'on voit au cours de la scarlatine, ainsi que le montrent les observations suivantes :

OBSERVATION III

Dr Porter (*Leçons clin.*, 2e partie, Triquet).

Enfant de neuf ans, qui, à la suite d'une scarlatine, avait présenté une otorrhée abondante et une hémiplégie faciale du côté droit malade. Vers la sixième semaine de la convalescence, l'enfant fut pris tout à coup d'une hémorragie foudroyante par l'oreille droite, et il succomba sous les yeux du docteur Porter.

L'ouverture du corps fut refusée, mais l'auteur pense, avec raison, selon nous, qu'une ulcération de la carotide a pu seule causer une mort aussi rapide.

OBSERVATION IV

Dr Syme (*Lec. clin.*, Triquet, 2e partie).

Enfant convalescent de scarlatine, atteint d'otorrhée et qui, durant cinq semaines, eut des hémorragies abondantes et répétées par l'oreille, qui finirent par amener la mort, malgré la ligature de la carotide primitive.

A l'examen cadavérique, Syme fut étrangement surpris de trouver la carotide tout à fait saine ; mais la source de l'hémorragie par l'oreille venait du sinus pétreux supérieur, largement ulcéré par un séquestre du rocher.

§ IV. *Grippe.*

C'est surtout depuis la terrible épidémie d'influenza de 1889-1890, que les complications auriculaires dans cette affection ont été bien étudiées.

D'après des recherches statistiques, les hémorragies de l'oreille seraient un des principaux caractères des otites grippales.

Ainsi, sur 80 otites dépendant de la grippe, Haug en a observé 17 qui étaient franchement hémorragiques. Eitelberg (de Vienne), qui a examiné plus de 100 cas d'affections de l'oreille consécutives à la grippe, a remarqué que ces affections étaient surtout caractérisées par la fréquence des hémorragies de l'oreille et des épanchements sanguins dans l'épaisseur de la membrane tympanique.

Habermann, Kaug, Patrzerk, Jankau et Delstanche ont fait les mêmes remarques.

Cette otorragie dans la grippe est plus ou moins abondante et est précédée de violentes douleurs. En même temps, la membrane du tympan est fortement congestionnée et présente sur son segment postérieur (du moins le plus ordinairement), une phlyctène sanguine, globuleuse, de couleur lie de vin, et dont l'incision laisse écouler un liquide brunâtre, formé principalement de sang coagulé.

Les parois de la portion osseuse du conduit auditif externe, sont en même temps fortement hyperémiées.

Parfois, les complications du côté de l'appareil auditif en restent là, mais quelquefois aussi, la phlegmasie se propage à la caisse du tympan et donne lieu à une otite moyenne aiguë, avec perforation de la membrane tympanique et écoulement de muco-pus mélangé de sang.

Nous empruntons à un journal de Bruxelles, *la Clinique*,

quelques observations recueillies dans le service de M. le Dr Delstanche, par M. Hennebert, qui a publié 89 cas d'otite moyenne aiguë hémorragique au cours de l'influenza.

OBSERVATION V

H. V..., 14 ans, a eu l'influenza le 2 janvier; le 3, douleurs et écoulement passager à droite; le 4, violentes douleurs dans l'oreille gauche; à la suite d'une application de cataplasme, faite sans intervention du médecin, il s'est produit un abondant écoulement de sang, l'ouate placée dans le conduit en a été remplie, ainsi que le cou de la malade. La douleur a persisté jusqu'au 7, date de l'apparition du pus dans le conduit.

Actuellement, c'est-à-dire six jours après le début, il existe à gauche, une forte sécrétion purulente, les parois du conduit sont tapissées de lambeaux d'épiderme recouvrant le derme fort congestionné. Le tympan est en situation, macéré, grisâtre; son segment postérieur est caché par une ampoule bleu sombre, ayant le volume et la forme d'une petite graine de café, naissant de la surface du tympan et s'étendant sur la paroi postérieure du conduit.

La douche d'air pénètre dans la caisse sans provoquer de râles, ni de bruit de perforation.

Le 13, l'écoulement persiste. Pas de douleurs. Le tympan est bien visible, blanc par macération; il présente deux îlots noirâtres, formés par un épanchement de sang dans les interstices de la membrane.

L'ampoule du segment postérieur est fortement réduite; la cloison en est flasque, mais encore adhérente dans tout son pourtour. Par le procédé de Politzer, l'air pénètre à flots dans la caisse, sans râles et sans bruit de perforation.

L'ouïe est très bonne.

Le 16, l'écoulement a presque cessé, la phlyctène a disparu, la surface qu'elle recouvrait est rouge, dénudée.

OBSERVATION VI

J. B..., 49 ans. Le malade se plaint de violentes douleurs dans les deux oreilles, depuis environ 15 jours, époque à laquelle il a eu l'influenza. Depuis lors, il a constaté de l'otorrhée à droite et des bourdonnements des deux côtés. Il y a deux jours, il s'est écoulé un peu de sang de l'oreille gauche.

La montre n'est entendue d'aucun côté.

Le tympan droit, macéré, présente une perforation à sa partie antéro-inférieure.

Le tympan gauche est un peu voussé, caché en partie par un amas d'épiderme attaché aux parois du conduit.

Le segment postérieur présente une forte voussure noirâtre, dont la ponction donne issue à un liquide brunâtre, sanguinolent.

L'air insufflé au moyen du cathéter pénètre dans la caisse avec un peu de difficulté, mais sans bruit de perforation.

Quatre jours après, le tympan gauche a un aspect normal, mais le segment postérieur présente une ecchymose noirâtre, d'une très petite étendue. Une insufflation pratiquée par le procédé Politzer, permet de constater que l'air pénètre dans la caisse sans aucun râle. L'ouïe est rétablie à gauche.

A droite, l'écoulement, sous l'influence du traitement ordinaire, a beaucoup diminué, la perforation est en voie de cicatrisation.

OBSERVATION VII (résumée).

Ch. H..., 32 ans, se plaint d'écoulement des deux oreilles. Les tympans sont voussés. A droite, *une bourse sanguine,* de couleur chocolat, recouvre la partie de la paroi postérieure du conduit adjacente au tympan; l'ouverture de cette ampoule donne issue à un peu de sang noir et épais.

OBSERVATION VIII (résumée).

J. B..., 26 ans, a une otite moyenne aiguë à gauche, avec *ampoule noirâtre,* occupant la moitié antérieure du conduit osseux du même côté et bouchant presque le méat. L'ouverture de cette ampoule donne issue à une sérosité sanguinolente. L'ampoule s'affaisse. L'ouïe s'améliore.

OBSERVATION IX (résumée).

R. L..., 18 ans. La malade a eu l'influenza il y a huit jours et a été prise il y a quatre jours de violentes douleurs dans l'oreille droite, suivies de surdité et d'un léger écoulement de sang. Le tympan présente une *croûte sanguine* sur le segment postérieur; peu à peu la surdité disparaît et tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION X (résumée).

H. G..., 30 ans, docteur, a été pris, à la suite d'une grippe, de violentes douleurs dans l'oreille droite. Le tympan est congestionné et présente dans son segment postérieur une *phlyctène noirâtre* facilement saignante. Quelques jours après, la paroi antérieure du conduit osseux présente une bosse sanguine cachant la moitié correspondante du tympan.

L'otorhée, qui était intense, diminue; les phlyctènes s'affaissent. La surdité disparaît. Soulagement subjectif marqué.

De ces quelques observations, nous concluons que l'hémorragie auriculaire dans la grippe est ou interstitielle et se manifeste par l'existence d'ecchymoses, de phlyctènes sur la membrane tympanique et sur les parois du conduit, ou est plus abondante et se fait jour à l'extérieur.

D'après Garnault (1), ce serait surtout la forme catarrhale de l'influenza, celle qui se localise principalement à l'appareil respiratoire, qui amènerait des complications auriculaires.

Ces complications seraient rares et siègeraient dans l'oreille interne, dans la forme nerveuse; enfin, dans la forme gastro-entérique, elles n'existeraient pas.

§ V. *Diabète.*

Dans l'otorrhée des diabétiques on peut avoir des hémorragies de l'oreille, mais le fait paraît assez rare.

Nous n'en avons relevé qu'un seul cas et où l'hémorragie fut tellement considérable qu'elle entraîna la mort du malade.

L'autopsie, d'ailleurs, montra une grande destruction du rocher, avec ouverture des sinus sigmoïde et pétreux supérieur.

OBSERVATION XI

Kuhn de Strasbourg (*Revue de laryngol. et d'otologie de Bordeaux*, mars 1890).

.....Homme de 54 ans, diabétique, chez qui se développa une otite moyenne aiguë avec un écoulement très abondant, qui résista à un traitement énergique, combiné à une cure antidiabétique; il survint une hémorragie considérable de l'oreille et l'issue fut fatale.

§ VI. *Mal de Bright.*

Les otites hémorragiques au cours du mal de Bright sont connues depuis longtemps. Une des plus anciennes observations de ce genre est due à Schwalze (1860).

---

(1) Garnault (*Sem. méd.*, n° 1, janvier 1894).

Ces otites ont été également constatées par Schwartz, Rayer, Fournier et Lecorché.

Mais c'est surtout Dieulafoy qui montra la fréquence des complications auriculaires (15/37) dans le mal de Bright.

Pissot, dans sa thèse (1878), en fournit quelques observations.

Auvert, en 1879, signale dans sa thèse des otorragies fréquentes au cours d'une néphrite chronique. Enfin, Alibert et Domergues signalent également des troubles auditifs dans le mal de Bright.

Nous donnons ci-dessous deux observations : l'une de Schwalze, l'autre du Dr Dewevre, publiées en octobre 1886 dans le *Lyon médical*.

OBSERVATION XII

(Schwalze, *Arch. für ohrenk.*, 1860).

Jeune homme de 25 ans, brightique avéré, qui, après avoir présenté de nombreuses et abondantes épistaxis, eut une hémorragie dans la caisse du tympan.

L'épanchement siégeait à droite et aboutit rapidement à la suppuration.

OBSERVATION XIII

(Dr Dewèvre, *Lyon Médical*, oct. 1886).

Jeune homme de 21 ans qui, au cours d'une hémiplégie urémique, eut d'abord une épistaxis abondante ayant nécessité le tamponnement des fosses nasales.

Le lendemain, sixième jour de la paralysie, légère hémorragie par l'oreille gauche, survenue dans la nuit et dont le malade ne s'aperçut qu'à son réveil, en voyant son oreiller taché de sang. Le malade ressentait à ce moment des bruissements dans l'oreille gauche et une douleur pulsatile s'irradiant au

loin et s'exagérant quand le malade se mouchait, secouait la tête, entrechoquait les mâchoires. Ouïe éteinte. Ecoulement séro-sanguin du conduit auditif. Membrane tympanique rouge sombre. La région mastoïdienne est rouge, œdématiée, non douloureuse au toucher.

Le lendemain, otorrhée franchement purulente.

Dix jours après, l'ouïe recouvrait ses fonctions, la douleur disparaissait et à l'examen on constatait l'existence d'une petite perforation siégeant à la partie antéro-inférieure de la membrane du tympan.

Au bout d'un mois, le malade sortait de l'hôpital entièrement guéri.

Ces observations nous montrent que, dans les deux cas, l'hémorragie de l'oreille a été précédée d'épistaxis abondantes et suivie d'écoulement purulent.

Dans le second cas, l'otorragie a été peu importante, mais accompagnée de surdité, de douleur pulsatile s'irradiant dans le voisinage et de bruissements d'oreille. La membrane tympanique était hypérémiée, et la région mastoïdienne rouge et œdématiée.

§ VII. *Cirrhose hypertrophique.*

Les hémorragies dans les maladies du foie sont fréquentes, mais l'otorragie est certainement la plus rare.

Parmi ces hémorragies, et par ordre de fréquence, nous trouvons : les épistaxis (par la narine droite surtout), les hémorragies de la bouche, de l'intestin, de l'estomac, de la peau.

Dans la cirrhose atrophique, on a signalé les hématémèses, les gastrorragies, les mélœnas, les épistaxis, les hémoptysies, les pétéchies et la pleurésie hémorragique.

Dans la cirrhose hypertrophique, ce sont surtout les épistaxis et les hématémèses qui dominent. Quant à l'otorragie, elle n'a été mentionnée qu'une seule fois.

Dans cette observation que nous allons résumer et qui a été publiée par le docteur Leudet, il s'agit d'un homme atteint de cirrhose hypertrophique au cours de laquelle il eut des hémorragies abondantes et répétées par l'oreille gauche.

OBSERVATION XIV

(Rob. Leudet, *Annales des mal. de l'oreille,* n° 10, octobre 1890).

Le nommé G... (Alexandre), âgé de 40 ans, employé chez un marchand de vins, entre le 9 octobre 1886 à l'hôtel Tenon, salle Parrot, n° 2. Bien portant jusqu'à il y a 3 ans. Depuis est devenu alcoolique.

Pas d'antécédents d'impaludisme ni de syphilis. Il y a 3 ans, faiblesse progressive — son ventre a grossi très lentement — 3 ponctions abdominales ayant donné.

la 1re	8	litres	de liquide.
la 2e	7	»	»
la 3e	5	»	»

Pendant les derniers mois, le malade aurait saigné par « de petites veines » ayant crevé au niveau des lèvres et au-dessus du sourcil gauche.

Il entre à l'hôpital plutôt gêné que souffrant.

Parfois fièvre le soir avec léger frisson.

Ictère intense.

Face et nez remarquables par le développement et les varicosités de leurs vaisseaux superficiels.

Symptômes très nets d'alcoolisme : tremblement très prononcé de la langue, des lèvres, des mains ; cauchemars, pituites le matin.....

Ventre assez développé.

Foie très gros remontant jusqu'à environ 2 travers de doigt au-dessous du mamelon, dépassant en bas, d'environ 3 travers de doigt, le rebord costal. Pas de bosselures à sa surface.

Aux jambes, œdème assez considérable.

Pas d'appétit.

Le 20 octobre : Hémorragie assez abondante par l'oreille gauche.

Le 22 : Etat général grave. — N'a rendu que 250 grammes d'urine dans les 24 heures.

Le 23 : Nouvelle otorragie par l'oreille gauche et plus abondante que la première.

Le malade n'avait jamais remarqué auparavant aucune hémorragie par ses oreilles.

Le 25 : Saigne par l'oreille maintenant tous les jours, mais en quantité moindre que les premières fois.

Le 27 : Urines peu abondantes.

Le 28 : Le malade se fait emporter, ne voulant pas mourir à l'hôpital. Son état est très mauvais.

§ VIII. *Tuberculose.*

Les complications auriculaires dans la tuberculose ne sont pas très rares, et donnent lieu, parfois, à des hémorragies très graves. Les principales de ces complications sont le lupus et l'otorrhée.

A. *Lupus.* — Le lupus se montre au pavillon, d'où il se propage quelquefois au conduit.

Gruber l'a observé sur le tympan (1); nous en avons nous-même constaté un cas à la clinique otologique de M. le Dr Moure; Gradenigo l'a observé dans l'oreille moyenne (2). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un lupus de la muqueuse naso-pharyngienne s'étant propagé par la trompe à la cavité de l'oreille moyenne.

Mais nous n'avons trouvé aucune observation où il y ait eu

---

(1) Garnault, *Sem. Méd.*, janv. 1894.

(2) Gradenigo, *Ann. des malad. de l'oreille*, fév. 1889.

hémorragie. Néanmoins, nous pensons que le fait peut se présenter, étant donné, d'une part, la grande vascularisation du tissu de nouvelle formation, et, d'autre part, sa tendance à l'ulcération.

Les caractères de l'hémorragie seraient alors différents suivant que le lupus siègerait sur telle ou telle partie de l'organe auditif.

B. *Otorrhée.* — Cette complication est plus fréquente que la précédente ; elle survient surtout à la période de cachexie et est d'un mauvais augure pour le phtisique.

Le principal caractère de cette otorrhée est d'être éminemment destructive. C'est ce qui explique, du reste, ses complications si redoutables, soit que le pus ayant carié les parties profondes en se portant vers le crâne ait déterminé une méningite ou un abcès du cerveau, soit qu'étant resté enfermé dans la caisse, il ait déterminé la carie du rocher, et, par suite, lésé quelque gros vaisseau (artère carotide interne, golfe de la veine jugulaire, sinus pétreux supérieur, etc.), d'où hémorragie grave.

Nous allons reproduire l'observation d'une otorrhée chez un phtisique, au cours de laquelle une ulcération de la carotide interne a déterminé une *otorragie mortelle.*

OBSERVATION XV

(Triquet, *Leçons clin.*, p. 154).

En 1864, un phtisique âgé de 25 ans et arrivé au dernier degré de marasme, fut admis à l'Hôtel-Dieu dans les salles de M. le Dr Vigla ; il avait en même temps une otorrhée à gauche ; quelques moyens de traitement que l'on mît en usage, la mort n'était que trop certaine et dans un bref délai. Mais une complication rare et tout à fait imprévue vint hâter la terminaison fatale :

après quelques semaines de séjour dans les salles, il fut pris tout à coup, et par l'oreille, siège de l'écoulement purulent chronique, d'une hémorragie presque foudroyante qu'on eut grand'peine à arrêter avec des tampons imbibés de perchlorure de fer et le pauvre malade exsangue rendit le dernier soupir le lendemain.

A l'autopsie, on trouva la membrane détruite, les osselets tombés et une carie du rocher. De plus, une nécrose de la portion de la trompe d'Eustache; deux petits sequestres, détachés et mobiles, avaient ulcéré la carotide. Pas de tubercules dans le rocher; cavernes dans les poumons, etc.

Politzer a vu un cas semblable et a présenté au Congrès de Vienne de 1887 une préparation d'ulcération de la carotide interne due à une suppuration de nature tuberculeuse de l'oreille moyenne avec hémorragie mortelle (1).

Les caractères qui permettent de diagnostiquer la nature de ces hémorragies au cours de l'otorrhée des phtisiques sont généralement : l'absence de douleur, la grande quantité de sang qui s'écoule en jets saccadés isochrones aux battements du cœur. Toutefois ce dernier signe n'est pas constant. D'après Politzer (2) on n'a quelquefois qu'un léger suintement; d'autres fois le jet acquiert le volume du petit doigt, tellement le sang jaillit avec force;

La couleur rouge pâle de ce sang qui généralement est pur;

La syncope et le collapsus que produisent ces pertes considérables de sang;

Enfin l'arrêt de l'hémorragie par la compression de la carotide.

Ces signes ne sont pas, d'ailleurs, des caractères propres à l'otorrhée des phtisiques. Ils sont communs à toute hémorragie due à l'ulcération de la carotide (voir scarlatine).

---

(1) *Revue de laryngol. et d'otologie de Bordeaux*, mai 1887.

(2) Politzer, *Traité des mal. de l'oreille*, p. 482.

§ IX. *Coqueluche.*

Les hémorragies de l'oreille dans la coqueluche se produisent pendant la quinte de toux. L'air se trouve chassé dans la trompe d'Eustache et vient frapper la membrane du tympan, laquelle, étant souvent altérée par l'otite qui accompagne parfois la coqueluche, n'offre plus qu'une faible résistance et se rompt. C'est à cette rupture de la membrane tympanique que serait due l'hémorragie.

Le mécanisme est d'ailleurs le même que celui des otorragies consécutives à la strangulation, à la pendaison ou au fait de se moucher très fort.

Mais si ces hémorragies sont consécutives à un traumatisme du tympan, elles sont aussi une complication survenant dans le cours d'une maladie, et c'est à ce dernier titre que nous nous croyons autorisé à en parler ici.

C'est Wilde (de Dublin), qui a le premier signalé ces otorragies dans la coqueluche ; Triquet les a observées deux fois et Gibb quatre fois.

Dans les observations de Triquet (1), il s'agit de deux petits enfants de 4 à 6 ans, affectés d'une violente coqueluche depuis quinze jours. C'était pendant une quinte de toux et la nuit qu'avaient lieu les otorragies, à gauche chez l'un, à droite chez l'autre ; l'hémorragie n'avait été constatée que le matin seulement, on en avait trouvé les traces sur l'oreiller. La quantité de sang fut évaluée à une cuillerée.

A l'examen, il fut constaté une déchirure verticale et linéaire de la cloison tympanique, un peu au-dessous du manche du marteau, et entre les lèvres de la plaie l'existence d'un caillot de sang.

---

(1) Triquet. *Leç. clin.*, 1re part., p. 186.

Chez les quatre enfants du Dr Gibb, il y eut également rupture de la membrane du tympan et rupture linéaire, le plus souvent verticale. Chez deux, la rupture existait des deux côtés.

De ces faits, nous concluons que l'otorragie dans la coqueluche est peu conséquente et sans gravité, et qu'elle est toujours liée à une rupture de la membrane du tympan, rupture le plus souvent linéaire et verticale.

§ X. *Affections cardiaques.*

Dans les affections cardiaques, on a parfois des complications auriculaires telles que sifflements, bourdonnements, vertiges, douleur, surdité, et une beaucoup plus rare, l'écoulement de sang par l'oreille.

Nous avons trouvé une observation de Gellé dans la statistique de 1890 de sa clinique otologique annexe, de la Salpêtrière, où l'hémorragie par l'oreille se fit goutte à goutte et sans douleur. Le sang était noir et provenait de la paroi inférieure du conduit auditif où il s'était extravasé. Les tympans présentaient une teinte sombre. Nous allons, du reste, reproduire cette observation.

OBSERVATION XVI

(Gellé, *Clin. otolog. annexe.* Statis. 1890, p. 50).

Le n° 216 présente une lésion otique et des troubles subjectifs auditifs indiscutables; des vertiges presque permanents, le sentiment d'une instabilité constante, une céphalée vive dès qu'il veut travailler, des bourdonnements dans les deux oreilles, mais surtout à gauche; il a de la lourdeur de tête, de la somnolence après le repas, et de l'incapacité de travail. Il est

court, gros et gras ; il s'essouffle au moindre exercice ; on ne trouve rien dans ses urines ; mais l'examen du cœur montre l'existence d'une hypertrophie énorme du cœur, avec souffle profond, battements sourds, matité étendue ; pouls inégal, toute une pléiade de signes de cardiopathie. Les oreilles sont bonnes, bien que la portée soit faible pour la montre (25 à 30 centimètres). Mais la gauche, dont le sujet se plaint et qui est le siège du bourdonnement le plus agaçant, présente une suffusion sanguine sur la paroi inférieure du conduit ; du sang noir s'écoule, au passage du spéculum, par gouttes, de la peau bleue et comme variqueuse en ce point, sans douleur aucune, au grand étonnement du sujet et de l'observateur. Teinte sombre et enfonçure des tympans normaux. La circulation de l'air par les trompes est facile. Il y a surtout congestion de la tête et des muqueuses naso-pharyngiennes sans état inflammatoire.

Pour que ce chapitre fût complet, il nous eût fallu poursuivre nos recherches.

Il existe encore, en effet, un certain nombre de maladies pouvant prendre place dans ce chapitre et dans le cours desquelles surviennent des complications auriculaires.

Peut-être aurions-nous pu y recueillir de nouvelles observations d'hémorragies.

Citons parmi ces maladies :

Le typhus exanthématique.

Les oreillons.

L'érysipèle.

La rougeole, qui peut revêtir, comme la scarlatine et la variole, la forme hémorragique, mais plus rarement.

D'autre part, l'otite de la rougeole revêt parfois un certain degré de gravité et la muqueuse de la caisse devient granuleuse et a tendance à produire des polypes. D'où possibilité d'otorragies.

La diphtérie, où parfois le bacille de Klebs envahit le laby-

rinthe, et y détermine des érosions des vaisseaux, des thromboses et des hémorragies (1).

La méningite cérébro-spinale épidémique où une otite moyenne analogue à celle de l'influenza fait souvent suite à l'otite purement labyrinthique.

La pneumonie, qui se complique parfois d'otite purulente.

La syphilis, où des gommes de l'oreille peuvent s'ulcérer et déterminer des pertes de substance considérables, et où parfois il existe des otites moyennes purulentes.

La goutte.

La maladie de Basedow, où des troubles vaso-moteurs du côté de l'oreille peuvent déterminer des désordres graves (2).

Enfin le scorbut et l'hémophilie, où on rencontre des hémorragies diverses.

---

(1) Garnault, *Sem. méd.*, nº 1, 1894.

(2) Gellé, *Clin. otol. ann.*, statistique 1890.

CHAPITRE II

NÉVROSES

§ I. *Neurasthénie.*

Les hémorragies de l'oreille dans la neurasthénie ne seraient pas dues à la névrose pure, mais bien à des troubles cardio-vasculaires. Les malades chez qui on trouve ces écoulements sanguins seraient en même temps des artério-scléreux (1). Ils ont en effet des symptômes communs : céphalalgie, vertige, et surtout le bourdonnement d'oreille, qui est manifestement prédominant à gauche, comme l'a fait remarquer M. Régis.

Ces otorragies sont unilatérales ou bilatérales, elles ne s'accompagnent d'aucune lésion auriculaire et sont précédées, outre les symptômes ci-dessus désignés, de sensation de chaleur dans les oreilles.

Nous avons pu recueillir quatre observations, se rattachant à ce chapitre, dont une, qui est due à la bienveillance de M. le Dr Régis, et une qui nous est personnelle. Nous avons eu en effet, la bonne fortune de rencontrer ces jours-ci, à la clinique otologique de la Faculté, une neurasthénique du service de M. le professeur Pitres, laquelle eut une otorragie l'avant-veille de son entrée à l'hôpital.

---

(1) E. Régis, *Presse méd.*, n. 8, janvier 1896.

OBSERVATION XVII

(Luc, *Arch. int. de laryngol.*, nº 1, fév. 1891).

Jeune fille, nerveuse, mais non hystérique, chez qui l'otorragie s'était produite en dehors de la période menstruelle et sans troubles de cette fonction.

OBSERVATION XVIII

(Gellé, *Tr. des malad. de l'oreille*, p. 72).

Hémorragie de l'oreille chez une femme qui avait eu des accidents névropathiques. Otorragie survenue tout à coup et sans qu'on pût voir d'où venait le sang. Le tympan paraissait normal.

OBSERVATION XIX (inédite).

(Communiquée par M. le Dr Régis).

Dame atteinte de neurasthénie avec tout le cortège de symptômes de cette affection. En recherchant, du côté de ses oreilles, si elle présentait le bourdonnement sur lequel M. Régis a tout particulièrement attiré l'attention (1), la malade raconte que, quelques années auparavant, elle avait eu par l'oreille gauche une hémorragie, sans que rien à sa connaissance, n'eût pu la déterminer.

Au moment où cette malade a été vue, il y avait des bourdonnements et une diminution de l'acuité auditive plus marquée du côté gauche.

OBSERVATION XX (personnelle).

Marg. M..., âgée de 37 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Saint-André le 22 février pour « des faiblesses ».

---

(1) E. Régis. Neurasthénie et artério-sclérose, *Presse méd.*, janvier 1896.

Elle ne sait pas de quoi sont morts ses parents. Elle a un frère qui est bien portant. Elle est mariée et a eu deux enfants qui sont morts l'un à 14 mois, l'autre à 4 ans ; son mari jouit d'une bonne santé. La perte de ses deux enfants lui a causé beaucoup de chagrin, et c'est depuis cette époque qu'elle est triste et souffrante.

Cette femme présente tous les signes de la neurasthénie, vertiges, céphalée, dyspepsie, insomnie, mélancolie, douleurs dans les membres, etc. Elle est bien réglée, n'a rien au cœur ni aux poumons.

Elle eut, il y a environ un mois, une hématémèse, elle rendit à peu près un verre de sang lequel était « rouge vif ». Elle a fréquemment des épistaxis.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise soudainement, dans la matinée, d'une hémorragie par l'oreille gauche, elle rendit à peu près « une cuillerée de sang ».

L'hémorragie se fit goutte à goutte et fut précédée de bourdonnements d'oreille plus marqués à gauche, ainsi que d'une sensation de chaleur dans l'oreille du même côté. Cette otorragie se fit sans aucune douleur, mais, depuis, la malade accuse une légère surdité de l'oreille gauche.

A l'examen : Le tympan paraît normal bien qu'étant assez déprimé. Il ne présente aucune trace de perforation ni même aucune ecchymose qui puisse indiquer qu'il y ait eu hémorragie.

§ II. *Hystérie.*

Il est parfois difficile de reconnaître l'origine hystérique des otorragies qui surviennent au cours de cette névrose.

L'absence de troubles auditifs, le début soudain et une récente commotion nerveuse, grande contrariété, chagrins, etc., sont de bons signes.

Ces hémorragies se font soit par une oreille, soit par les deux.

Parmi les quelques observations que nous allons reproduire,

il en est une qui a été publiée par Baratoux et où l'hémorragie a été bilatérale.

OBSERVATION XXI

(Magnus Huss, de Stockholm) (1).

Hystérique, âgée de 23 ans, réglée à 15 ans. Bien réglée jusque vers 1850, époque où la malade ayant reçu un soufflet, fut prise de convulsions et d'hémorragies du cuir chevelu qui persistèrent pendant deux semaines. De plus, elle eut un écoulement de sang par les yeux et par l'oreille gauche. Elle garda le lit quelque temps, saignant presque tous les jours, par la tête, les paupières, l'oreille et la gorge.

Les otorragies disparurent pendant deux ans, puis, à la suite d'une nouvelle émotion, elles revinrent régulièrement tous les 8 ou 15 jours, elles duraient 24 à 48 heures chaque fois.

Les règles ne furent ni suspendues ni modifiées, coïncidèrent même parfois avec les otorragies.

L'organe de l'audition était en parfait état et aucune lésion ne pouvait expliquer l'hémorragie.

OBSERVATION XXII

(Publiée en 1882, par Ferreri) (2).

Hystérique ayant eu une otorragie abondante qui avait duré plusieurs jours et cela sans troubles fonctionnels de l'oreille.

OBSERVATION XXIII

(Petiteau, 1887) (3).

Femme de 27 ans, qui, embarquée à bord d'un paquebot, fut prise d'une

(1) J. Baratoux. Communicat. à la Soc. franç. d'otologie, 23 mai 1890.

(2) Baratoux. *Loc. cit.*

hémorragie de l'oreille droite, hémorragie d'une contenance d'un verre environ.

L'hémorragie se fit sans douleur et sans lésion de l'oreille, au même moment, survint l'époque des règles, qui ne furent aucunement modifiées.

OBSERVATION XXIV

(Baratoux) (1).

Jeune fille de 16 ans, entrée à l'hôpital Cochin, en juillet 1877. Présentait depuis plusieurs années, des phénomènes nerveux caractérisant un état hystérique très prononcé. Les premiers phénomènes de son affection remontaient à 1873 ; première crise nerveuse le jour de sa confirmation. Depuis ce jour, les crises se répétèrent fréquemment et à intervalles inégaux.

Réglée à 12 ans et 3 mois, ses menstrues n'eurent aucune influence sur la fréquence et l'intensité de ses attaques, qui durent un temps variable, pouvant aller d'un quart d'heure à 2 heures.

Avec les crises, le phénomène principal consiste en *exsudations sanguines* qui ont paru peu de temps après la première attaque nerveuse, et se sont continuées depuis. Ces exsudations se sont montrées dès l'époque de la puberté, mais elles n'ont jamais eu aucune corrélation apparente avec les règles. En effet cette jeune fille a toujours été assez régulièrement réglée, le plus souvent deux fois par mois, et elle perd du sang presque tous les jours. Enfin il n'y a aucune coïncidence, ni aucune influence réciproque entre les crises nerveuses et les pertes sanguines.

Le sang sort par les points suivants : le conduit auditif droit, la face interne des deux conjonctives palpébrales (mais les transsudations sanguines sont plus abondantes du côté droit), le mamelon droit et la partie du sein avoisinante, le pourtour des ongles de la main et des pieds ; toutefois les pertes sont très rares aux pieds, elles sont plus fréquentes à la main droite. Jamais il n'y a eu d'hémorragies par le nez ou par la bouche.....

---

(1) J. Baratoux, *Revue de laryng. et d'otol. de Bordeaux*, octobre 1890.

Aucun trouble de sensibilité spéciale, pas d'altération du goût, de la vue, de l'ouïe et de l'odorat.

Entrée à l'hôpital le 20 juillet, la malade eut, le 21, un écoulement de sang par l'oreille, le mamelon, l'œil et les ongles.

Le 23, saignement de l'œil gauche.

Pendant les derniers jours du mois de juillet, phénomènes hémorragiques fréquents. Nous assistons à une hémorragie de l'oreille droite. Le sang suinte sous forme de gouttelettes.

Le 13 août, hémorragie par la conjonctive gauche, et vomissement de sang.

Pendant les mois suivants, phénomènes hémorragiques fréquents, sans particularité notable. De temps en temps, surviennent des hématémèses.

Au bout de 5 mois, les crises deviennent moins fréquentes, la malade reste 15 jours sans avoir d'hémorragies.

Puis l'écoulement sanguin par la conjonctive et le conduit auditif droit reparaît, toutefois jusqu'à la fin de l'année les hémorragies sont moins fréquentes.

Le 1er janvier 1878, survient une hémorragie de l'oreille gauche sans aucun trouble fonctionnel de l'ouïe. Cet écoulement dura 4 heures....

Ces otorragies hystériques, qui sont susceptibles parfois de disparaître par suggestion, peuvent également être provoquées de la même façon.

Nous avons trouvé une observation très intéressante publiée par MM. Artigalas et Remond dans la *Revue de l'hypnotisme*, et dans laquelle il s'agit d'une hystérique qui avait eu des hémorragies diverses (otorragies, hematémèses, épistaxis, larmes de sang), et chez qui, par la suggestion, on produisit des hémorragies auriculaires, oculaires et palmaires.

Nous allons d'ailleurs résumer cette observation.

OBSERVATION XXV

(Artigalas et Remond) (1).

Mme F..., 22 ans; pas d'antécédents héréditaires.

Entrée à l'hôpital, le 31 octobre 1891, pour une affection des organes génitaux externes.

Pendant qu'on la traitait pour son affection génitale, la malade s'était plainte de ressentir dans l'oreille gauche de vives douleurs; en même temps son conduit auditif saignait légèrement. A l'examen otoscopique, on constata une surface un peu dépolie, un peu papillomateuse, congestionnée.

Le 23 novembre, la malade avait, sans raison, brusquement, senti son œil gauche se gonfler de larmes. Elle prit son mouchoir, s'essuya et le retira taché de sang.

Le 24, le 25, le 26, le même phénomène se reproduisit.

L'œil était sain et sans trace de blessure.

La malade raconte qu'à l'âge de 16 ans, elle avait eu des épistaxis répétées, quotidiennes, survenues à la suite de contrariétés très vives et, qu'au mois de juin dernier, après une scène de famille, elle avait eu une attaque de nerfs, et que deux jours après, elle avait vomi une certaine quantité de sang très noir sans avoir jamais souffert de l'estomac. Il existait des zones hystérogènes très nettes; en outre, la malade était hémianesthésique du côté droit. C'était donc de l'hystérie. La malade fut endormie, mais la suggestion fut incapable de faire cesser les larmes de sang. Celles-ci reparurent au contraire avec facilité et il suffisait de dire à la malade : « Vous saignerez dans tant de minutes », pour voir le phénomène se reproduire.

Le 1er décembre, la malade fut endormie de nouveau et il lui fut suggéré que ses hémorragies oculaires ne se reproduiraient plus, mais qu'elle saignerait au creux de la main gauche. Quelques minutes après son réveil, elle présenta en effet une sueur sanglante à la face palmaire de la main gauche.

---

(1) Artigalas et Remond, *Revue de l'hypnotisme*, février 1892.

La peau était absolument saine au niveau du point qui saignait. Cette hémorrhagie cessa en lavant la main à l'eau froide.

Le soir, la malade fut endormie de nouveau et on lui persuada qu'elle ne saignerait plus au niveau de la main, comme on lui avait déjà suggéré que ses hémorragies oculaires devaient cesser.

Depuis ce moment, la malade n'a plus rien présenté d'anormal.

§ III. *Epilepsie.*

Chez beaucoup d'épileptiques, on a des complications auriculaires, lesquelles consistent en otorrhées douloureuses, avec surdité, perforation du tympan, fongosités de la caisse, écoulement purulent, fétide, et parfois écoulement de sang au dehors.

Gellé, dans la statistique de 1890 de sa clinique annexe de la Salpêtrière, relate plusieurs observations d'otorrhées chez des épileptiques; dans l'une, la malade eut une otorragie dans une attaque; nous allons, du reste, reproduire ci-dessous cette observation.

OBSERVATION XXVI

(Gellé. Statist. de 1890. *Clin. ann. de la Salpêtrière).*

..... Epileptique atteinte d'otorrhée à droite depuis cinq mois, avec douleurs vives au moment des mois; elle a perdu du sang par l'oreille dans une attaque et au moment des règles; large perforation du tympan; fongosités saignantes de la paroi labyrinthique; trompe perméable; tout est expliqué. Guérison par les topiques.

Nous voyons, d'après cette observation, que l'hémorragie a été causée très vraisemblablement par les fongosités de la

caisse ; les topiques amenèrent, du reste, la guérison de l'otorrhée.

Le docteur Luc (1) a également rapporté une observation d'otorragie chez un jeune garçon épileptique mais, chez lui, le tympan était indemne.

Dans la chorée et dans le tabes, qui se compliquent parfois d'otorrhées fongueuses, on pourrait également avoir des otorragies, mais nous n'en avons point trouvé d'observations.

---

(1) Luc. *Rev. de laryng. et d'otol. de Bordeaux*, nov. 1891.

CHAPITRE III

TROUBLES DE LA MENSTRUATION. — HÉMORRAGIES SUBSTITUTIVES.

§ I. *Otorragies liées au phénomène de la menstruation.*

Nous envisagerons d'abord ces hémorragies chez les personnes ayant déjà une altération de l'oreille, puis chez celles dont l'organe auditif est sain.

1° *Hémorragies avec altération de l'oreille.* — On peut observer des otorragies survenant aux époques menstruelles chez des personnes ayant déjà certaines lésions de l'oreille moyenne telles que perforation du tympan ou des otites moyennes purulentes aiguës.

Nous en avons relevé deux observations dans les leçons cliniques de Triquet (1).

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 17 à 18 ans qui avait une *otorragie gauche* chaque fois qu'elle avait ses règles. A l'examen otoscopique, l'oreille droite est saine.

Du côté gauche, le tympan est presque complètement détruit et de grosses granulations rougeâtres occupent l'oreille moyenne. C'est de la surface de ces granulations que suinte le sang.

Etant enfant, cette jeune fille avait eu un écoulement purulent par la même oreille gauche, lequel au moment de la première

(1) Triquet, *Leçons clin.*, 2e partie, p. 138.

menstruation, s'était remplacé par un flux sanguin. Dans l'intervalle des règles, l'écoulement purulent reprenait son cours.

Dans l'autre fait, il s'agit également d'une jeune fille de 17 ans qui avait un écoulement purulent des deux oreilles depuis son enfance, lorsqu'à 16 ans, au moment de ses premières règles, il se fit une véritable hémorragie non par les parties génitales, mais par chaque oreille, et qui dura quatre jours puis diminua peu à peu, devint roussâtre, puis jaunâtre et enfin franchement purulente et fétide comme auparavant.

Cette singulière menstruation se reproduisit à chaque époque et de la même manière.

2° *Hémorragies sans altération de l'oreille.* — Parfois, chez certaines personnes, il se produit au moment des règles, des hémorragies supplémentaires par le nez, les yeux, les bronches, les *oreilles*, l'estomac, etc.

Ces hémorragies surviennent pendant les règles mêmes, ou après elles. Quelquefois elles les précèdent ou coïncident avec leur début.

Jacoby en a vu un cas où l'otorragie coïncidait avec le commencement des règles (1).

Petiteau (obs. XXIII) a vu également une hémorragie auriculaire survenir en même temps que les règles et Gradenigo a observé une hémorragie supplémentaire par l'oreille droite, chez une jeune fille hystérique dont nous donnons ci-dessous l'observation.

OBSERVATION XXVII

(Gradenigo).

Jeune fille de 15 ans ayant une anesthésie très accusée, qui perdit quelques gouttes de sang par l'oreille, la veille de ses règles.

---

(1) Urbantschitsch, *Tr. des mal. de l'oreille*, 1881.

L'écoulement du sang se répéta pendant trois jours avec quelques minutes seulement d'interruption dans la journée.

A l'examen, le tympan était intact.

Il nous reste à parler des hémorragies substitutives, mais bien que quelques-unes d'entre elles se rattachent à des troubles de la menstruation, nous les étudierons dans un second paragraphe.

§ II. *Hémorragies substitutives.*

Les hémorragies substitutives ne sont pas spéciales à la femme; on peut les rencontrer dans les deux sexes.

Chez la femme, c'est surtout liées à des troubles de la menstruation que ces hémorragies se présentent.

Il arrive parfois à certaines personnes de voir survenir à la place de leurs règles et aux mêmes époques, des hémorragies auriculaires.

L'otorragie de l'une des jeunes filles dont nous parlons dans le paragraphe précédent, rentre bien dans la catégorie des hémorragies substitutives.

Cette jeune personne avait, en effet, une otorragie qui rappelait en tous points les règles avec ses caractères. Outre qu'il survint, au moment des règles, cet écoulement de sang dura quatre jours, puis diminua peu à peu et devint roussâtre, puis jaunâtre.

La suppression brusque du flux menstruel pour une cause ou pour une autre, peut aussi donner lieu à des hémorragies substitutives par l'oreille. Gellé (1) a constaté ce fait deux fois dans les crises de la ménopause. Benni (2) a également vu plu-

(1) Gellé, *Précis des maladies de l'oreille*, 1885.

(2) Politzer, *Traité des maladies de l'oreille*, p. 634.

sieurs cas d'exsudations et d'hémorragies de l'oreille moyenne par suppression de la menstruation.

Enfin si l'otorragie remplace quelquefois un flux normal comme le flux menstruel, elle succède aussi à des écoulements accidentels, comme l'épistaxis, ou provenant d'hémorroïdes, d'anciens ulcères, etc.

Nous avons pu recueillir un cas publié par le docteur S. Von Stein de l'Université de Moscou (1) où il s'agit d'un enfant chez lequel une épistaxis fut remplacée par une hémorragie de l'oreille.

OBSERVATION XXVIII

(Dr S. Von Stein, *Revue de Laryng. et d'Otologie* de Bordeaux, nº 16, 1895).

Garçon de 13 ans, ayant de fortes migraines du côté gauche depuis qu'il faisait de la gymnastique. — Il eut dans les derniers temps des épistaxis en faisant de la gymnastique, surtout en penchant la tête. — Le jour où il eut des otorragies, il avait fait de la gymnastique et n'avait point eu d'épistaxis.

Ce fait nous montre bien qu'il s'agit là d'un écoulement sanguin substitutif. Le tympan, du reste, était intact ainsi que le conduit. Il nous montre de plus que les hémorragies substitutives ne sont pas toujours liées à des troubles de la menstruation et qu'elles peuvent avoir lieu chez l'homme comme chez la femme.

Toutes ces hémorragies supplémentaires et substitutives ne se présentant que chez des personnes hystériques ou neurasthéniques, leur place eût été dans le chapitre précédent avec les névroses, mais l'importance de ce sujet nous a décidé à en faire un chapitre spécial.

(1) *Revue de laryngol. et d'otologie de Bordeaux*, nº 16, 1895.

DEUXIÈME PARTIE

Oreille externe.

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRAGIES CONSÉCUTIVES A DES AFFECTIONS DU PAVILLON

§ I^er^. *Maladies inflammatoires.*

Des maladies inflammatoires du pavillon, l'eczéma aigu ou chronique est la plus fréquente et la plus susceptible de donner lieu à des écoulements de sang. Cet eczéma est caractérisé par un gonflement rougeâtre avec formation de croûtes au-dessous desquelles le derme est ulcéré et saignant; il s'accompagne de démangeaisons et de sensation de brûlure, et peut se propager au conduit et compromettre ainsi l'audition.

L'érythème du pavillon qu'on observe surtout chez les enfants scrofuleux, détermine parfois la formation de phlyctènes remplies de *sérosité noirâtre*, qui en se rompant mettent le derme à nu, et peuvent donner issue à *quelques gouttes de sang*.

§ II. *Tumeurs.*

Parmi les tumeurs du pavillon qui peuvent donner lieu à des écoulements sanguins, nous citerons surtout, les othématomes, les angiomes, les lymphadémones et les tumeurs malignes.

A. *Othématomes.* — Ces tumeurs, encore appelées hématomes par Stiff, et hématocèles par Thurnam, sont formées par un épanchement de sang entre le cartilage et le périchondre du pavillon.

Ces tumeurs, qu'elles soient dues à un traumatisme ou à une altération du sang, se rencontrent surtout chez les aliénés ; elles ont été également signalées chez les lutteurs et les boxeurs.

Généralement, la lésion est unilatérale. Ce serait le côté gauche le plus fréquemment atteint.

Son siège habituel est la cavité de l'hélix ; parfois, la tumeur prend un tel développement que toute l'excavation de la conque se trouve comblée.

Elle est fluctuante au centre et dure à son pourtour, elle présente souvent la crépitation sanguine.

Le plus souvent, ces othématomes guérissent par résorption, quelquefois cependant il y a inflammation du cartilage avec sécrétion purulente, d'où destruction des tissus et hémorragie au dehors (1).

B. *Angiomes. Tumeurs érectiles.* — Les angiomes sont des tumeurs formées de tissu analogue au tissu du corps caverneux (Dupuytren), tissu spongieux, aréolaire, gorgé de sang.

Ils ont un volume variable et un aspect rouge-bleuâtre. Les angiomes du pavillon siègent surtout sur le lobule, à l'orifice du conduit, sur la face antérieure ou sur la face postérieure de ce pavillon.

Ces angiomes, qui sont de par leur structure des tumeurs érectiles, comprennent des tumeurs érectiles veineuses et des tumeurs érectiles artérielles.

Les premières sont molles, quelquefois fluctuantes et n'offrent

---

(1) Politzer, *Traité des maladies de l'oreille*, p. 345.

pas de battements; elles sont entourées de veines dilatées.

Les secondes sont lisses et arrondies et présentent des battements accentués.

Ces angiomes viennent avec la naissance ou à la suite de la congélation du pavillon comme dans le cas de Kipp (1).

Il peut y en avoir plusieurs sur le même pavillon, ainsi Turnbull (*Lond. méd.*, Congrès 1881), cite un cas où il y avait un angiome près de l'orifice et un autre derrière et au-dessus de l'oreille. Les deux communiquaient ensemble par un cordon vasculaire. Mussey décrit un autre cas de Wirchow où il y avait un angiome dans la conque, un sur le tragus et un sur le lobule.

La croissance de ces tumeurs est tantôt lente et alors on a peu de troubles, tantôt rapide et on a alors des douleurs pulsatiles, avec amincissement de la peau qui finit par s'ulcérer d'où hémorragies quelquefois très sérieuses (2). Politzer (*loc. cit.*) et Mussey (*In* Triquet) en ont observé chacun un cas.

OBSERVATION XXIX

(Politzer, *Traité des mal. de l'or.*, p. 586).

Garçon de 19 ans ayant un angiome du pavillon qui augmenta progressivement depuis la naissance. A l'examen, pavillon gauche considérablement grossi, coloré en rouge bleu et fortement pulsatile.

Par suite de la rupture spontanée d'un vaisseau superficiel de la face postérieure du pavillon, il survint une forte hémorrhagie.

---

(1) Politzer, *Traité des maladies de l'oreille*, p. 584.

(2) Miot, *Traité des maladies de l'oreille*, p. 136.

OBSERVATION XXX

(Dr Mussey, *Traité des mal. de l'or.*, de Triquet, p. 146).

Un jeune homme de 19 ans, portait plusieurs tumeurs pulsatives au pavillon de l'oreille gauche; ces tumeurs s'étant ulcérées, des hémorragies abondantes menaçaient les jours du malade. L'artère carotide du côté malade, avait été liée, mais l'hémorragie continuait. Dans ces circonstances, le chirurgien ayant remarqué que la compression de l'autre carotide arrêtait l'effusion du sang, résolut d'en pratiquer la ligature. Cette opération hardie eut un plein succès et le malade fut guéri et de sa tumeur et des accidents graves qu'elle avait causés.

C). *Lymphadénomes.* — Les lymphadénomes du pavillon de l'oreille sont des tumeurs assez rares et qui sont susceptibles de produire des hémorragies, soit qu'elles s'ulcèrent, soit qu'on intervienne, chirurgicalement ou non.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale qu'une seule observation d'hémorragies consécutives à un lymphadenome du pavillon.

Il s'agit dans ce cas, qui a été publié par le docteur Témoin de Néronde (1), d'une femme de 57 ans jouissant habituellement d'une bonne santé. Elle s'aperçut à un moment donné qu'elle avait à l'oreille, à la partie externe du bord libre du pavillon, une petite tumeur indolore, grosse comme une lentille. Cette tumeur a grossi et a acquis le volume d'un œuf de pigeon, elle est restée indolore et était uniformément rouge violacé.

Sa consistance était semi-dure; au toucher, elle donnait la sensation d'une tumeur graisseuse.

La malade piqua sa tumeur avec une épingle pour en faire

(1) Temoin, *Dict. encyclop. des sciences médic.*, art. *oreille.*

sortir le contenu. Il ne sortit que peu de sang, mais alors la tumeur devint le siège de petits élancements, et trois semaines après, un matin, sans cause spéciale, une *hémorragie* se fit par la piqûre; le soir, il s'en fit une *seconde.*

Le lendemain matin, en lavant la tumeur, *nouvelle hémorragie,* qui fut considérable.

La tumeur fut enlevée et son examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un lymphadénome.

Ces tumeurs ont tendance à récidiver sur place et à se généraliser; on peut donc, dans une certaine mesure, et au point de vue clinique, les considérer comme des tumeurs malignes.

Les tumeurs malignes du pavillon de l'oreille ne sont point très communes.

L'épithélioma serait la moins rare, après lui viendrait le sarcome, qui affecterait surtout le lobule. Le carcinome serait la forme la plus rare.

Ces tumeurs, en détruisant d'abord le pavillon, puis les parties profondes, sont susceptibles de déterminer des hémorragies dont la gravité est en rapport avec le vaisseau lésé.

Leur simple ulcération peut même donner lieu à des suintements sanguinolents.

CHAPITRE II

HÉMORRAGIES CONSÉCUTIVES A DES AFFECTIONS DU CONDUIT AUDITIF

A. **Lésions inflammatoires.**

§ I. *Abcès du conduit.*

Les inflammations du conduit donnent naissance à deux sortes d'abcès, distincts l'un de l'autre par leur siège, leur marche et leur gravité. L'un est *sous-cutané*, l'autre est *sous-périostique*.

Ces abcès donnent fréquemment issue à du sang mélangé au pus.

L'abcès sous-cutané est le plus fréquent et le moins grave. Il débute par une sensation de chaleur et de tension dans le conduit. A l'examen de l'oreille, on constate une petite tumeur circonscrite, faisant saillie dans le conduit, qui est rouge, tuméfié et très douloureux.

Cet abcès peut parfois s'accompagner de fièvre. Il peut aussi, en augmentant de volume, obstruer le méat et occasionner des bourdonnements et de la surdité.

Il arrive quelquefois qu'il y a plusieurs abcès, comme dans le cas que nous allons relater et où Triquet vit distinctement deux abcès glandulaires occupant la paroi inférieure et latérale du conduit.

OBSERVATION XXXI

(Triquet, *Leç. clin.*, 2e partie, p. 152).

Un jeune enfant de 7 à 8 ans fut amené à la clinique, l'année dernière et sa mère nous pria de le guérir d'un écoulement de sang qui avait lieu par l'oreille droite depuis plusieurs jours.

Nous examinons l'oreille et nous en trouvons l'entrée rouge, gonflée, pleine de sanie purulente, mêlée de sang très rouge. Ayant écarté, aussi doucement que possible, les bords du méat, je vis bien distinctement deux abcès glandulaires, ronds, acuminés, de la grosseur d'un pois à leur base, et occupant les parois inférieures et latérales du conduit auditif, à 4 millim. environ de son orifice; ils étaient ouverts; et l'ouverture étroite et sinueuse laissait écouler du pus et du sang en quantité; je les débridai largement, puis des fumigations adoucissantes et des cataplasmes achevèrent la guérison.

Nous voyons, d'après cette observation, que les abcès du conduit donnent lieu parfois à des écoulements de sang assez importants, puisque dans le cas actuel, c'est l'hémorragie qui a inquiété la mère du petit malade et l'a déterminée à aller à la clinique du docteur Triquet.

Les abcès sous-périostiques du conduit auditif externe sont bien moins fréquents que les abcès sous-cutanés, mais ils peuvent comme eux donner lieu à des hémorragies. Ces abcès sont diffus et ont une grande tendance à envahir les parties voisines. Le gonflement qu'ils déterminent est tel, que le conduit est obstrué et qu'il en résulte pour le malade de la surdité avec des bourdonnements d'oreille. Leur principal caractère est la douleur, qui est extrêmement vive et qui est exaspérée par les mouvements de la mâchoire.

Ces abcès sous-périostiques se terminent le plus souvent par suppuration, se faisant jour au dehors. Le cartilage et les os

du conduit se trouvant dénudés, se nécrosent et donnent naissance à des séquestres et à des fongosités, sources fréquentes d'*hémorragies*.

§ II. *Otite externe hémorragique.*

Nous avons déjà eu l'occasion, dans notre première partie, de parler des otites externes hémorragiques. C'est la forme d'otite qui s'observe le plus fréquemment dans la grippe, et Delstanche, lors de l'épidémie de 1890, en a étudié tout particulièrement les caractères. Pour Politzer, ces otites se rencontreraient surtout chez les enfants et sans cause connue (1).

Les otites externes hémorragiques, sont caractérisées par un épanchement de sang dans la portion osseuse du conduit auditif externe. L'exsudat hémorragique soulève l'épiderme et constitue ainsi des tumeurs bleuâtres, allongées et fluctuantes. Elles s'accompagnent de douleurs plus ou moins intenses, de bourdonnements d'oreille et de légère surdité.

Si on ponctionne une vésicule hémorragique ou qu'elle se rompe spontanément, on voit aussitôt se produire un écoulement de sang.

C'est ce qui eut lieu dans l'observation VII du chapitre « Grippe » où nous voyons chez le malade qui en fait le sujet, qu'une *bosse sanguine de couleur chocolat* recouvre la partie de la paroi postérieure du conduit adjacente au tympan et que l'ouverture de cette ampoule a donné issue à du *sang noir et épais*.

Dans l'observation suivante, le malade présente une *ampoule noirâtre*, occupant la moitié antérieure du conduit osseux et bouchant presque complètement le méat. L'ouverture de l'ampoule a donné lieu également à *un léger écoulement de sang*.

Enfin l'observation X nous montre que l'otite externe hémor-

(1) Politzer, *Traité des mal. de l'oreille*, p. 556.

ragique peut, dans certains cas, se propager à la membrane du tympan. On constate en effet, outre une bosse sanguine de la paroi antérieure du conduit, une phlyctène noirâtre, facilement saignante, occupant le segment postérieur du tympan.

Nous ne pensons pas que l'otite externe aiguë puisse donner lieu à des hémorragies, car elle ne détermine généralement que de l'hyperémie du conduit, qui présente simplement une rougeur vive et un gonflement assez accusé.

Si cependant l'inflammation se propage à la membrane du tympan, et qu'elle en détermine la perforation, il peut se produire une petite hémorragie, mais c'est là le fait de la rupture et non de l'otite.

L'otite syphilitique, décrite par Ladreit de Lacharrière (1), est un accident de la période secondaire qui, en général, ne donne lieu à aucune hémorragie.

Mais il n'en est pas de même de certaines autres lésions de nature syphilitique portant sur le conduit, telles que plaques muqueuses, condylômes, ulcérations. On conçoit très bien en effet que ces différentes altérations puissent à un moment donné être le point de départ d'un écoulement de sang.

Ces localisations syphilitiques sont très rares et nous n'avons pu en relever aucune observation se rapportant à notre sujet.

§ III. *Otite externe chronique.*

L'otite externe chronique peut succéder à l'otite externe aiguë, mais le plus souvent elle survient d'emblée chez des scrofuleux ou chez des herpétiques. Elle revêt deux formes : la forme humide et la forme sèche.

---

(1) E. Kirmisson, *Manuel de pathol. externe*, p. 442.

Dans la forme humide, l'otite externe chronique est susceptible de donner lieu à quelques petites hémorragies causées par les ulcérations que peut présenter cette otite. Dans cette forme, la sécrétion du pus est abondante et parfois très fétide ; elle est tantôt épaisse et verdâtre, tantôt séreuse et grisâtre.

C'est à la présence de ce pus dont les parois du conduit sont imprégnées que sont dues les ulcérations qui, avons-nous dit, peuvent donner issue à un peu de sang.

D'autre part, dans les otites externes chroniques, se rencontrant chez des sujets débiles, lymphatiques ou strumeux, on voit souvent dans le fond du conduit des *granulations rougeâtres*, très vasculaires, saignant facilement et au moindre contact; elles donnent lieu parfois à des hémorragies assez abondantes, comme en témoigne le cas de Triquet (1) où un étudiant avait perdu en une seule fois un verre et demi de sang.

Nous pouvons rattacher à ce chapitre l'inflammation catarrhale chronique du méat dermoïde (2), qui peut occasionner un écoulement de sang quand l'affection dure déjà depuis très longtemps et surtout quand, en même temps, il existe un polype.

Cette inflammation chronique du méat dermoïde se rencontre principalement chez les enfants où elle est quelquefois consécutive à la rougeole et à la scarlatine.

Elle débute généralement par une démangeaison de l'oreille, quelquefois même par un écoulement. Le derme du conduit est hypertrophié au point de l'obstruer dans quelque cas. Le produit de secrétion est blanc laiteux; il ne renferme que du mucus, à moins toutefois qu'il existe un polype et alors le mucus est *mélangé de sang*.

---

(1) Triquet, *Leçons clin.*, 2e partie, p. 135.

(2) Toynbee, *Maladies de l'oreille*, p. 82.

B. **Hémorragies consécutives à des tumeurs.**

§ I. *Polypes du conduit.*

De toutes les causes qui produisent des hémorragies spontanées de l'oreille, la plus fréquente est certainement le polype. Aussi Urbantschitsch (1) recommande-t-il de toujours regarder s'il n'y a pas de polypes dans l'oreille quand on se trouve en présence d'une otorragie.

Les polypes de l'oreille sont des tumeurs bénignes, pédiculées, vasculaires, molles et saignantes ou bien dures et brillantes.

Ils ont été divisés de différentes façons suivant les auteurs. Ainsi Gellé les divise suivant leur structure en :

polypes muqueux
polypes fibreux
et myxomes.

Toynbee les divise en :

polypes cellulaires framboisés
polypes fibro-gélatineux
polypes cellulo-globuleux

Pour Urbantschitsch il y a :

les polypes muqueux
les fibromes
et les myômes

De l'avis de tous les auteurs, ce sont les polypes muqueux les plus fréquents.

---

(1) Urbantschitsch, *Traité des maladies de l'oreille.*

Les polypes de l'oreille s'observent à tout âge et ils se rencontreraient plus souvent chez l'homme que chez la femme (Urbantschitsch) (1).

D'après de Trœltsch (2), les polypes apparaissent rarement dans le conduit auditif externe, et quand ils y apparaissent, c'est au pourtour de la membrane du tympan. Leur lieu d'élection est la muqueuse de la caisse et de la partie supérieure de la trompe.

Dans le conduit, ils s'insèrent un peu partout, mais leur siège de prédilection est sa moitié interne (Toynbee).

Ces tumeurs reconnaissent pour cause principale un écoulement purulent chronique, alors que d'autre part nous savons qu'elles entretiennent la suppuration.....!

La surface des polypes est unie quand il s'agit de polypes fibreux, mais dans les polypes muqueux elle présente des sillons profonds et des lobes. Par la pression des parois du conduit, ces sillons peuvent s'effacer et la surface devenir unie, alors qu'ordinairement elle est framboisée.

Leur volume est variable et leur marche lente ; quelquefois, ils arrivent à obstruer le conduit et à venir faire saillie à son orifice.

Nous avons dit que les polypes étaient des tumeurs pédiculées. Or, ce pédicule est très variable, comme longueur et comme largeur. Il est simple ou ramifié; dans ce dernier cas, chaque branche supporte une tête. Il arrive, quelquefois, qu'un seul polype naît de plusieurs branches.

A l'examen otoscopique d'un malade qui a un polype du conduit, on voit une tumeur rouge sombre, molle, dépressible,

---

(1) Kirmisson, *Pathologie externe*, p. 446.

(2) De Trœltsch, *Traité prat. des maladies de l'oreille*, p. 460.

indolore même à la pression, saignant au moindre contact, et oblitérant plus ou moins le conduit.

Pour être certain que la tumeur est pédiculée, et qu'elle prend bien son point d'implantation sur les parois du conduit, il faut, à l'aide d'un stylet, rechercher le pédicule et le suivre jusqu'au point où il prend racine. C'est là une pratique qui n'est pas toujours facile.

Il arrive, quelquefois, qu'un polype de la caisse vient à travers la membrane du tympan faire une saillie considérable dans le conduit, au point d'obstruer complètement le méat.

On conçoit combien il est difficile, dans ces cas là, d'aller à la recherche du pédicule, et de savoir si on a affaire à un polype de la caisse, de la membrane du tympan, ou du conduit. Nous relaterons plus loin une observation de Triquet, où il s'agit d'un cas de ce genre.

Le malade qui a un polype de l'oreille de grosseur moyenne, c'est-à-dire n'obstruant le conduit qu'à demi, présente, comme symptômes habituels, un écoulement purulent, des hémorragies fréquentes, des bourdonnements d'oreille, des vertiges et de la surdité.

Si le polype devient plus volumineux, et obstrue entièrement le méat, il s'oppose à la sortie du pus, et on peut voir survenir des phénomènes nerveux réflexes. Ainsi Duplay (1) a vu chez une jeune fille une hémiplégie faciale qui disparut par l'ablation du polype.

Schwartze et Hillairet (2) ont observé des phénomènes de même ordre qui disparurent également par l'ablation de la tumeur.

---

(1) Kirmisson, *in Path. ext.*, p. 447.

(2) Kirmisson, *loc. cit.*

Nous avons dit que les polypes de l'oreille donnaient souvent lieu à des hémorragies? mais comment se produisent-elles ?

Ces hémorragies se produisent de deux façons : ou elles sont spontanées, ou elles sont provoquées.

Elles sont *spontanées* chez certaines femmes où elles se produisent régulièrement au moment des règles ou au moment de la ménopause (Gellé).

Chez d'autres, elles sont supplémentaires des règles et se produisent dans les intervalles (Rossi).

Elles sont *provoquées,* par l'exploration du polype avec un stylet, par le contact d'une boulette d'ouate, par un effort quelconque : dans le fait de se moucher, d'éternuer, de tousser, etc.

La vascularisation très grande de la tumeur, dont les capillaires ont une largeur considérable et des parois minces, explique l'écoulement de sang si fréquent au moindre attouchement ou au moindre effort.

Si, en général, les hémorragies produites par les polypes sont insignifiantes, il est des cas où il n'en est pas toujours ainsi et où la quantité de sang perdue entraîne la syncope du malade, comme cela se produisit dans l'observation suivante :

OBSERVATION XXXII

(Triquet, *Leç. clin.*, 2e partie, p. 153).

Homme de 50 ans qui avait depuis son enfance une otorrhée double. La droite seule a persisté depuis deux ans et des hémorragies abondantes ont lieu par cette oreille et souvent la quantité de sang perdue a été telle que le malade est tombé en syncope.

A l'examen on a reconnu un gros polype cellulo-vasculaire venant poin-

dre à l'orifice du méat et on voit sur son extrémité évasée en champignon qui sort de la conque, une large ulcération de 11 millimètres d'où l'on voit sourdre le sang qui a causé l'hémorragie....

Nous voyons, par cette observation, qu'en outre de l'hémorragie parfois très importante que produit un polype, il peut arriver qu'on se trouve très embarrassé pour diagnostiquer la source de la tumeur, autrement dit pour savoir où s'implante son pédicule.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, le polype a acquis en effet de telles proportions, qu'il est très difficile d'explorer son pourtour. Il est sorti du conduit, s'est étalé sur le pavillon où il s'est moulé et ne peut permettre le passage du stylet entre les parois du conduit et la tumeur.

Nous résumons ci-dessous une observation de Toynbee où le polype fut de moindre importance et où les hémorragies, auxquelles il donnait lieu, ne présentaient pas un caractère aussi inquiétant.

OBSERVATION XXXIII (résumée).

(Toynbee, in *Mal. de l'or.*, p. 227).

Master J. P. M..., 14 ans, de bonne santé, m'est amené de Lincolnshire, le 27 juillet 1853.

Il y a 4 ans, a eu une attaque de grippe, suivie d'une telle dysecée qu'il fallait lui parler à voix forte. Pendant un rhume, la surdité s'aggrave beaucoup....

L'oreille droite a laissé couler du sang pendant plusieurs mois et faisait souffrir le malade....

A l'examen de l'oreille, à droite, on voit à la partie interne du conduit auditif un polype rouge, globulaire, qui cache la membrane du tympan...

§ II. *Hématome aigu du conduit auditif.*

L'hématome spontané du conduit auditif est un fait assez rare dans la littérature de la médecine.

Cependant nous avons été assez heureux pour que le hasard nous en fit découvrir un cas paru tout récemment dans la *Presse médicale.*

Nous savons que l'hématome est une tumeur sanguine due à la rupture d'un vaisseau et que cette tumeur s'observe assez fréquemment sur le pavillon de l'oreille.

Cette partie de l'organe auditif est en effet la plus exposée aux traumatismes.

Habituellement les hématomes du conduit se développent lentement, progressivement, sans réaction et sans douleur.

Nous allons voir que dans notre observation l'évolution fut bien différente et que le malade fut pris brusquement d'une violente douleur dans l'oreille, avec malaise général et fièvre, et que, deux jours après, on constatait la présence de l'hématome qui présentait les caractères habituels : tumeur molle, fluctuante, bleuâtre, allongée, à large base d'implantation et douloureuse à la pression.

Dans cette observation, que nous allons du reste reproduire, l'auteur ne sait à quoi attribuer la cause de la tumeur. Il n'y a pas eu de traumatisme et le malade n'est sous le coup d'aucune maladie infectieuse. Il pense à une anomalie vasculaire dans la paroi du conduit et suppose que dans un effort de voix (le malade est chanteur), il se serait produit une hémorragie sous-cutanée.

OBSERVATION XXXIV

(Arslan, *Arch. ital. di otologia*, etc., 1896, nº 1) (1).

Un chanteur de 40 ans fut pris brusquement d'une violente douleur dans l'oreille gauche, avec diminution de l'ouïe, un malaise général et un léger mouvement fébrile. Dans l'oreille, examinée pour la première fois deux jours après le début des accidents, on constatait une tuméfaction bleuâtre, fluctuante, douloureuse à la pression, insérée par une large base sur la paroi inférieure. Incision suivie d'un tamponnement à la gaze antiseptique. Amélioration immédiate et guérison rapide.

§ III. *Tumeurs malignes.*

Les tumeurs malignes de l'oreille sont rares. La première observation de cancer de l'oreille remonte à 1804, elle est dûe à Fischer. La forme la plus commune est l'épithélioma.

Ces tumeurs se rencontrent à tout âge. Cependant, l'épithélioma et le carcinome seraient plus fréquents dans la seconde moitié de la vie.

L'épithélioma du conduit auditif externe se développe au milieu des symptômes d'eczéma humide : forte démangeaison d'abord, puis ulcération; on a ensuite des douleurs pulsatiles, de la tuméfaction circonscrite de la paroi du conduit qui, en quelques semaines, se transforme en une surface ulcérée.

Il y a un engorgement ganglionnaire considérable. La tumeur a un aspect ulcéré, et il se fait par le conduit un suintement ichoreux, fétide et sanguinolent.

La marche est rapide et le malade tombe dans la cachexie.

---

(1) *Presse médicale*, 15 février 1896.

On peut encore constater dans le conduit la présence de tumeurs qui y sont étrangères. Ainsi, des polypes ou des tumeurs malignes de la caisse peuvent, après avoir perforé la membrane tympanique, venir obstruer le conduit. Il en est de même de certaines tumeurs crâniennes, telles que le *fongus de la dure-mère* qui, ainsi que les autres néoplasmes, occasionnent des *hémorragies* parfois considérables (1).

Ce sont là autant de causes qui peuvent induire en erreur, même les praticiens expérimentés, surtout en ce qui concerne le fongus de la dure-mère. Dans ce cas-là, en effet, on conçoit la difficulté du diagnostic.

On ne peut soupçonner un fongus de la dure-mère qu'à partir du moment où un relief se laisse apercevoir sur le crâne. Tous les autres symptômes, tels que céphalalgie, douleurs, peuvent manquer, et les autres signes sont trop incertains.

---

(1) Triquet, *Leç. clin.*, 2e partie, p. 138.

TROISIÈME PARTIE

Oreille moyenne

CHAPITRE PREMIER

HÉMORRAGIES CONSÉCUTIVES AUX AFFECTIONS DE LA MEMBRANE DU TYMPAN

A. — **Lésions inflammatoires.**

§ I. *Myringite aiguë.*

L'inflammation de la membrane du tympan est susceptible de donner lieu à des hémorragies, et cela en dehors de tout traumatisme.

L'hémorragie peut être interstitielle et ne se manifeste alors que par la présence d'ecchymoses sur le tympan. Ou bien elle est plus importante et donne lieu à un écoulement de sang par le conduit auditif externe.

La myringite aiguë succède le plus souvent aux inflammations diffuses du conduit auditif externe ou à celles de l'oreille moyenne.

La myringite primitive peut cependant être observée; elle reconnaît alors pour cause l'action directe du froid, soit que l'oreille ait été exposée aux courants d'air, soit qu'un liquide froid ait pénétré dans le conduit.

Cette affection, pour de Troeltsch, débute brusquement, et souvent au milieu de la nuit, par des douleurs vives, térébrantes et lancinantes accompagnées de bourdonnements violents.

La membrane tympanique est fortement injectée et présente parfois des ecchymoses, quelquefois elle présente aussi des bulles qui donnent au tympan un aspect perlé, c'est la myringite bulleuse de Politzer.

Il se produit généralement une légère suppuration et quelquefois une petite hémorragie par l'oreille qui a pour caractère de faire cesser les douleurs (de Troeltsch).

Il arrive quelquefois que l'épanchement de sang intra-tympanique que l'on rencontre dans la myringite est assez considérable et détermine la rupture de la membrane du tympan. L'hémorragie qui se fait alors par l'oreille peut être assez importante.

§ II. *Hémorragie intra-tympanique consécutive à une otite moyenne aiguë non suppurée.*

On peut observer dans certains cas et en dehors de la myringite des hémorragies intra-tympaniques, qui sont caractérisées par la présence d'ecchymoses sur la membrane du tympan. Nous avons eu l'occasion à la clinique otologique de M. le Dr Moure d'en constater un cas, consécutif à une otite moyenne aiguë non suppurée. Voici l'observation :

OBSERVATION XXXV (personnelle).

H. C..., 15 ans, employé de commerce, se présente à la clinique le 28 janvier 1896, pour surdité de l'oreille droite. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

A eu la variole à 2 ans, la rougeole à 7 ans, à la suite de laquelle l'oreille gouche est restée dure, mais pas d'écoulement.

Il y a environ huit jours, le malade a pris froid un soir de brouillard, et a ressenti aussitôt après de violentes douleurs dans l'oreille droite, ainsi que des bourdonnements. Pas d'écoulement, mais légère surdité qui seule a persisté et a déterminé le malade à venir à la consultation.

L'examen de son audition nous a donné :

Percept.	Cran.	D^{te}	= Bonne.
P.	C.	G.	= Bonne.
Montre or.		D^{te}	= 0,7.
M.	or.	G.	= 0,10.
Diap. indifférent.			
R.	O.	D^{te}	= —
R.	O.	G.	= —

A gauche, le malade est atteint d'otite moyenne catarrhale avec synéchies. A droite, il a une otite moyenne aiguë non suppurée, et la membrane du tympan, du même côté, présente une ecchymose à la partie antéro-inférieure, ecchymose dûe à un épanchement de sang intra-tympanique.

Parfois l'épanchement intra-tympanique détermine la perforation de la membrane du tympan et l'hémorragie se fait par le conduit. La rupture peut être douloureuse, ou passer inaperçue, surtout si elle se fait la nuit comme dans le cas d'Urbantschitsch (1) : Il s'agissait d'un enfant de 15 ans atteint de catarrhe naso-pharyngien aigu. La perforation de la membrane se produisit dès le début de la maladie de l'oreille; le malade, qui s'était endormi le soir sans ressentir la moindre gêne du côté de l'oreille, fut réveillé le matin par un écoulement sanguin abondant. A en juger d'après les taches, il

(1) Urbantschitsch, *Tr. des mal. de l'or.*, p. 245.

devait s'être écoulé pendant la nuit environ une cuillerée à à café de sang.

L'hémorragie resta considérable pendant plusieurs jours sans causer la moindre douleur; le sang s'écoulait en même temps par la trompe, dans le pharynx en donnant lieu à des crachats sanglants.

Nous voyons par ce fait que si l'hémorragie intra-tympanique est généralement insignifiante, il n'en est pas toujours ainsi et qu'elle est même parfois très abondante, au point de rupturer le tympan.

§ III. *Ulcération de la couche dermoïde du tympan.*

L'ulcération de la couche dermoïde du tympan est une affection assez rare, et qui est due, d'après Toynbee, à un catarrhe chronique du derme ou à une application irritante à sa surface ou à la présence de cérumen. Elle est douloureuse et donne fréquemment lieu à des hémorragies.

Toynbee, dans son Traité des maladies de l'oreille, relate l'observation d'une fillette de 7 ans qui avait eu un *écoulement de sang* à la suite d'une ulcération de la couche dermoïde du tympan. Cette fillette avait eu une attaque de variole qui la mit très mal durant six semaines. Quelques mois après, survint subitement un écoulement des deux oreilles, très fétide et parfois *mélangé de sang*. En même temps la malade avait eu des démangeaisons dans les oreilles, de l'otalgie, des douleurs frontales et des vertiges.

§ IV. *Myringite chronique.*

On peut, dans les myringites chroniques, observer des hémorragies comme dans les myringites aiguës. La membrane tympanique, dans cette affection, présente une vascularisation

tantôt diffuse, tantôt limitée, surtout au voisinage du manche du marteau. Cette membrane s'épaissit, prolifère même et donne naissance à des fongosités *saignant facilement* et pouvant être le point de départ de polypes.

Nous pouvons rapprocher de ces fongosités certaines petites granulations rougeâtres que l'on observe dans le fond du conduit et sur le tympan dans les otites externes chroniques des sujets lymphatiques et strumeux. Ces granulations *saignent* très facilement et au moindre contact.

L'écoulement de sang auquel elles donnent lieu est souvent considérable.

A côté des fongosités que l'on observe dans l'inflammation chronique du tympan, on peut voir çà et là sur la membrane des points qui se desquament et arrivent à produire des ulcérations, nouvelle source d'hémorragies.

Enfin ces ulcérations peuvent se creuser de plus en plus et déterminer la rupture du tympan qui s'accompagne elle aussi d'un écoulement de sang plus ou moins abondant.

La myringite chronique succède souvent à une myringite aiguë qui a été négligée, mais elle survient aussi d'emblée chez les scrofuleux.

Les signes sont les mêmes que ceux de la myringite aiguë mais ils sont moins accentués, et si ce n'était la surdité et les démangeaisons qu'éprouvent les malades, ils ne se douteraient pas de leur affection. Ils ne ressentent en effet aucune douleur. Peu après survient un écoulement purulent, épais, peu abondant, fétide et parfois mélangé de sang.

B. **Tumeurs du tympan.**

A part les polypes, les tumeurs de la membrane du tympan sont fort rares.

Les polypes du tympan prennent surtout naissance à sa circonférence et à la partie postérieure et supérieure. Ils présentent les mêmes caractères que ceux du conduit, avec cette différence toutefois qu'ils sont douloureux à la pression.

Les hémorragies se produisent aussi fréquemment dans un cas que dans l'autre et de la même façon : elles naissent spontanément ou sont provoquées.

Quand les polypes du tympan sont volumineux, ils obstruent le conduit et occasionnent les mêmes phénomènes que ceux du conduit : bourdonnements d'oreille, surdité, vertiges, rétention du pus dans la caisse, d'où possibilité de complications cérébrales graves, etc.

A l'examen otoscopique, la tumeur se présente de la même façon que celle qui s'implante sur les parois du conduit : tumeur rouge, saignante, molle, dépressible, mais douloureuse à la pression.

Cette douleur qui existe dans le polype du tympan et qui fait défaut dans celui du conduit est un excellent signe pour reconnaître l'origine de la tumeur.

Parfois les polypes du tympan se présentent sous forme de petites granulations disséminées à la surface de la membrane tympanique, comme dans les cas d'otite externe chronique avec propagation au tympan, et comme cela se voit également chez les scrofuleux qui ont une inflammation chronique de cette membrane.

Ces granulations polypoïdes ne donnent lieu qu'à de légères hémorragies avec un cortège de symptômes peu accentués.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces tumeurs que nous avons décrites en détail au sujet des hémorragies liées au conduit auditif externe.

Les *tumeurs malignes du tympan* sont très rares et nous n'avons pu en relever qu'un cas. Il a été observé par Kirk Duncanson (1). Il s'agissait d'un épithélioma qui tout d'abord avait été pris pour un polype mais qui s'étendit bientôt aux parties voisines.

Outre les hémorragies abondantes et répétées que dut produire cet épithélioma, sa marche envahissante et rapide dut occasionner une série de symptômes graves qui ne devaient pas permettre de douter de la nature maligne de la tumeur. Au début de l'affection cependant, le doute était possible, car le volume du néoplasme n'était pas suffisant pour produire des phénomènes sérieux de compression. D'autre part, nous savons que les polypes donnent lieu quelquefois à des hémorragies très abondantes. Il n'est donc pas surprenant qu'au début d'un épithélioma du tympan, étant donné sa rareté sur cette membrane, on soit tenté de penser à l'existence d'un polype.

Les tumeurs malignes du tympan occasionnent de la surdité, des bourdonnements et des douleurs très violentes. Si elles envahissent la caisse, elles peuvent produire des troubles du côté du cerveau, ainsi que des hémorragies promptement mortelles. Nous reviendrons, du reste, sur ces phénomènes, dans le chapitre prochain en parlant des tumeurs de la caisse.

L'examen direct permet de constater une tumeur molle, grisâtre et saignant facilement.

Enfin l'état général cachectique du malade doit mettre sur la voie du diagnostic.

---

(1) Kirmisson, *loc. cit.*

CHAPITRE II

HÉMORRAGIES CONSÉCUTIVES AUX AFFECTIONS DE LA CAISSE DU TYMPAN

La fréquence des affections que nous allons étudier maintenant et la gravité des hémorragies auxquelles elles donnent souvent lieu rendent le dernier chapitre de notre travail doublement intéressant.

Ce sont surtout les inflammations de l'oreille moyenne qui sont fréquentes ; les tumeurs, à part les polypes, le sont bien moins.

Mais, inflammations et tumeurs sont également graves, et par l'importance des hémorragies qu'elles peuvent déterminer, et par la possibilité de leur propagation au cerveau.

A. **Lésions inflammatoires aiguës.**

§ I. *Otites moyennes aiguës.*

Les otites moyennes aiguës sont surtout fréquentes chez les enfants et les adolescents où une foule de causes peuvent leur donner naissance.

Ces otites se rencontrent souvent dans la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle : dans les affections syphilitique, tuberculeuse et diphtéritique, par propagation de l'inflammation de la cavité naso-pharyngienne à la caisse, par l'intermédiaire du canal de la trompe.

Les inflammations de l'oreille externe peuvent également se propager à l'oreille moyenne.

Enfin, chez les enfants des classes pauvres où l'affection est commune, la misère physiologique occupe le premier rang.

Les inflammations aiguës de la caisse comprennent les otites moyennes aiguës non suppurées et les otites moyennes aiguës suppurées.

Nous allons étudier séparément ces deux variétés d'otites.

a. Otite moyenne aiguë non suppurée.

Cette otite donne assez rarement lieu à des hémorragies qui, dans ce cas, sont interstitielles, du moins la plupart du temps.

Nous avons eu l'occasion de constater à la clinique du docteur Moure une hémorragie intra-tympanique consécutive à une otite moyenne aiguë non suppurée et qui était caractérisée par la présence de taches ecchymotiques sur la membrane du tympan (Obs. XXXV). L'affection qui était due à un refroidissement avait débuté par de violentes douleurs dans l'oreille droite accompagnées de bourdonnements et de surdité de la même oreille. Le conduit auditif externe était sain; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il arrive parfois que le fond du conduit est très rouge ainsi que la membrane du tympan.

Bien que les otorragies soient rares dans le cours de l'otite moyenne aiguë non suppurée, nous en avons recueilli un cas où l'abondance des hémorragies fut telle que l'auteur, Thomas Barr, a publié son observation sous le titre : *Otite moyenne hémorragique.*

OBSERVATION XXXVI (1)

(Thomas Barr, *Brit. med. Journ.*, 28 avril 1888).

Il s'agit d'une petite fille de 9 mois et demi qui, dans le cours d'une otite

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, nº 4, avril 1889.

moyenne, eut à plusieurs reprises de fortes hémorragies qui finirent par disparaître.

L'auteur croit devoir attribuer ces hémorragies à la rupture de la membrane du tympan dont les vaisseaux étaient dilatés et engorgés, et probablement altérés, car dans l'otite moyenne, cette affection si commune, les hémorragies sont relativement rares.

Outre la possibilité d'otorragies dans le cours de l'otite moyenne, cette observation nous montre, de plus, que la membrane du tympan qui est excessivement vasculaire peut, dans certains cas, par sa rupture, donner lieu à des écoulements sanguins abondants.

b. Otite moyenne aiguë suppurée.

Les causes de cette otite sont les mêmes que celles de l'otite moyenne aiguë non suppurée.

Quant aux symptômes, la présence de pus dans la caisse les accentue et en fournit de nouveaux, au nombre desquels on peut compter les *hémorragies* qui peuvent revêtir ici un caractère plus ou moins grave.

Ces hémorragies peuvent se produire au début de l'affection quand elles sont dues à la rupture de la membrane du tympan; elles sont alors précédées d'une violente douleur qui est presque toujours l'indice d'une perforation. Elles sont caractérisées ou par une ecchymose sur le tympan, quand celui-ci n'est pas perforé et que l'exsudat est renfermé dans la caisse, ou par un écoulement de sang par le conduit, quand la membrane tympanique est rupturée.

Dans cette forme d'otite, les douleurs sont très violentes et chez les enfants elles s'accompagnent de fièvre et parfois de symptômes cérébraux qui peuvent en imposer pour une méningite. Aussi de Trœltsch recommande-t-il de toujours exami-

ner les oreilles des enfants qui présentent des accidents cérébraux avec fièvre.

Nous placerons ici une observation due à l'obligeance de M. le Dr Moure. L'enfant qui fait le sujet de l'observation n'eût pas d'accidents cérébraux, mais simplement de la fièvre avec des douleurs violentes.

OBSERVATION XXXVII (inédite).

(Dr Moure).

Enfant de 3 ans; est pris de fièvre et de douleurs intenses dans l'oreille droite. Quelques heures après, il se fait un écoulement de sang par l'oreille et la narine du même côté.

Le lendemain, l'enfant est conduit à la clinique otologique, où on constate une perforation antéro-inférieure du tympan droit, et un petit caillot qui indique le point où s'est faite l'hémorragie.

Traitement. — Révulsion à l'apophyse mastoïde et injections; légère suppuration durant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Habituellement, dans l'otite moyenne aiguë suppurée, la perforation du tympan atténue les douleurs en permettant au pus de s'écouler au dehors.

A ce pus est souvent mélangé *du sang* et les stries sanguinolentes sont généralement d'une belle coloration rouge quand le sang provient d'une plaie de bonne nature, mais s'il provient de granulations fongueuses, les stries ont une coloration vineuse, rouge-brique.

Il arrive parfois, comme nous l'avons vu au commencement de ce chapitre, que l'écoulement de sang se montre avant l'écoulement de pus; à ce sujet, Triquet dans son Traité des maladies de l'oreille cite le cas d'un malade qui, après un

refroidissement, ressentit pendant la nuit une violente douleur avec élancements dans l'oreille gauche. Le lendemain, au réveil, on constata qu'une *certaine quantité de sang* s'était écoulée par l'oreille et avait imbibé le mouchoir placé sur cette partie. Dans la journée et les jours suivants, il ne s'écoula plus de sang, mais la douleur persista avec la même intensité pendant quatre ou cinq jours.

Le septième jour seulement le liquide purulent se fit jour par le conduit auditif externe et eût pour effet immédiat de diminuer la douleur.

Dans les cas les plus favorables, l'otite moyenne aiguë suppurée se termine par guérison, mais il est loin d'en être toujours de même et quelquefois on voit survenir de graves complications, parmi lesquelles il nous suffit de retenir l'ulcération de la carotide interne.

Nous ne nous arrêterons pas ici à cette dernière cause d'hémorragies si souvent mortelles, nous réservant d'y revenir et d'en parler plus longuement au sujet des otites moyennes chroniques suppurées auxquelles elles sont plus souvent liées.

§ II. *Otorragies consécutives aux accumulations de sang dans la caisse du tympan.*

On peut voir sous une influence quelconque le sang s'accumuler dans la caisse, puis se résorber, ou bien déterminer la perforation de la membrane tympanique et s'écouler au dehors par le conduit auditif externe.

Ces accumulations de sang peuvent se produire à la suite d'une forte contusion directe ou indirecte ou à la suite d'une fracture de crâne, mais alors l'hémorragie qui en résulte n'a rien de commun avec celle qui est consécutive à l'accident

traumatique et elle peut même se produire longtemps après cet accident.

D'ailleurs cette hémorragie ne se produit jamais les premiers jours qui suivent le traumatisme, car il faut que le sang contenu dans la caisse ait déterminé son inflammation pour que la membrane tympanique fortement congestionnée se rompe.

C'est souvent au bout de quelques semaines que se fait cette hémorragie, quelquefois au bout de plusieurs mois et même au bout d'une année. Dans ces cas là, les souffrances sont intolérables et le malade est sourd de l'oreille intéressée.

Il serait bon de reconnaître la présence de sang dans la caisse et prévenir alors l'inflammation consécutive en perforant le tympan.

Les signes qui permettent de faire cette reconnaissance sont la douleur qui est obtuse et l'opacité noirâtre ou gris violacé de la membrane tympanique (Moure).

Nous empruntons à Itard deux observations où l'otorragie consécutive aux accumulations de sang dans la caisse eut lieu chez des personnes qui avaient reçu de fortes contusions à la tête.

OBSERVATION XXXVIII

(Itard, *Traité des mal. de l'or.*, p. 287).

Jeune fille ayant reçu un coup violent sur la bosse frontale du côté gauche, en fut étourdie et eut aussitôt un tintement d'oreille du même côté, lequel persista accompagné de surdité de la même oreille.

Au bout de deux jours, le bourdonnement cessa spontanément mais la surdité persista accompagnée de vives douleurs, lesquelles augmentèrent pendant quatre jours puis cessèrent complètement à la suite d'un *écoulement de sang*. La surdité disparut alors.

OBSERVATION XXXIX

(Itard, *Traité des mal. de l'or.*, p. 287).

Il s'agit d'un charpentier s'étant heurté la tête contre une poutre et qui perdit connaissance pendant une minute. Il eut toute la journée un étourdissement et une douleur au front qui disparurent par une saignée. Après 13 jours de bonne santé, la douleur de tête reparut et se fixa près de la tempe droite, avec bourdonnements d'oreille du même côté. Cette douleur dura une vingtaine de jours, puis l'oreille droite devint sourde et douloureuse. Un *écoulement de sang* survint pendant la nuit et la douleur ainsi que la surdité disparurent.

Nous voyons, d'après ces deux observations, que la présence de sang dans la caisse occasionne des bourdonnements d'oreille, de la surdité et de violentes douleurs et que ces symptômes disparaissent aussitôt que le sang s'est écoulé au dehors par le conduit auditif.

Otorragies consécutives aux épanchements apoplectiques de la base du crâne.

En dehors des contusions et des fractures du rocher, on peut avoir une accumulation de sang dans la caisse, pouvant venir de la base du crâne par le conduit auditif interne en suivant le nerf acoustique et en rompant le cul-de-sac arachnoïdien de l'oreille moyenne.

Nous empruntons à Triquet l'observation suivante que nous allons résumer et dans laquelle il s'agit d'un épanchement apoplectique dans la caisse gauche avec rupture du tympan et hémorragie par l'oreille.

OBSERVATION XL

(Triquet, *Traité des malad. de l'oreille*, p. 443).

Il s'agit d'un homme âgé de 70 ans, fort, de stature élevée, encore vigoureux malgré son âge ; rouge de figure, cou court, épaules larges. Ce vieillard, il y a une quinzaine d'années, pendant une des longues nuits d'hiver, fut réveillé en sursaut par une forte douleur dans la tête ; en même temps des bruits anormaux se faisaient entendre dans les oreilles — bruissements, sifflements accompagnés de surdité de l'oreille gauche.

Le lendemain en se levant, il s'aperçut qu'un *écoulement sanguin* avait eu lieu par l'*oreille gauche*.

Du côté droit, le sifflement existait aussi, mais sans flux sanguin.

La céphalalgie disparut en même temps que l'écoulement de sang, c'est-à-dire le lendemain.

Jamais on n'a observé d'écoulement de pus par les oreilles.....

Comme dans les deux observations précédentes, nous voyons ici l'otorragie être précédée de violentes douleurs, de bourdonnements d'oreille et de surdité. Après l'écoulement de sang, tout rentre dans l'ordre.

Ces hémorragies consécutives aux accumulations de sang dans la caisse peuvent donc être considérées comme salutaires, au moins dans quelques cas, car elles font disparaître les symptômes auxquels donnait lieu la présence de sang dans l'oreille moyenne; de plus, dans les cas d'hémorragies apoplectiques, elles évitent aux malades de graves complications cérébrales.

B. **Lésions inflammatoires chroniques.**

§ I. *Otite moyenne chronique suppurée.*

Otorragies consécutives aux ulcérations de la carotide interne.

L'otite moyenne chronique suppurée constitue certainement la partie la plus importante de notre travail, non seulement par sa fréquence mais encore par la gravité de ses complications dont quelques-unes méritent tout particulièrement d'attirer notre attention.

Cette affection est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte; elle est l'indice d'un mauvais état général et survient souvent d'emblée chez des enfants malpropres qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, chez des scrofuleux, chez des tuberculeux.

Elle laisse écouler par le conduit et à travers le tympan perforé du pus jaune verdâtre, d'odeur fétide et en plus ou moins grande quantité. Cet écoulement purulent présente quelquefois des stries sanguinolentes.

Les vertiges et les bourdonnements sont généralement peu accentués; quant à la douleur, le plus souvent elle fait défaut.

La fonction auditive est habituellement affaiblie; dans certains cas cependant elle peut être intacte et dans d'autres complètement perdue.

La suppuration de l'oreille moyenne dure généralement de longues années, car, outre qu'elle se présente le plus ordinairement chez des sujets scrofuleux, elle est entretenue soit par des granulations fongueuses, soit par des polypes, soit même par des tumeurs malignes.

Les hémorragies que l'on rencontre dans le cours des otites moyennes chroniques suppurées sont habituellement la conséquence de ces néoplasies qui font une poussée aiguë, ou chez

les femmes une poussée cataméniale; ou bien elles sont liées à la nature même de la tumeur qui fait qu'elle saigne facilement.

En général, l'écoulement de sang est l'indice de bourgeons charnus, mais si l'examen n'en révèle point l'existence, il faut penser à des fongosités de la caisse et alors l'hémorragie est l'indice d'une otorrhée fongueuse.

Nous pouvons prendre comme exemple d'hémorragie cataméniale consécutive à l'otorrhée le cas dont nous avons parlé dans notre chapitre des Hémorragies substitutives. Il s'agit d'une jeune fille qui avait une *otorragie gauche* chaque fois qu'elle avait ses règles. L'examen de son oreille révéla une destruction complète de la membrane du tympan qui laissait voir dans la caisse de grosses granulations rouges, d'où suintait le sang.

Pour ce qui est des polypes et des granulations fongueuses siégeant dans la caisse, on conçoit avec quelle facilité elles peuvent produire des écoulements sanguins, le plus petit effort suffisant souvent à les provoquer (toux, éternuement, etc.). Quant aux tumeurs malignes de l'oreille moyenne, les hémorragies qu'elles produisent tiennent à leur nature même.

Nous en reparlerons d'ailleurs dans notre prochain chapitre.

Nous avons eu l'occasion de constater à la consultation des maladies de l'oreille trois cas d'otorragies consécutives à des otites moyennes chroniques suppurées avec présence de polype de la caisse dans l'un et de fongosités saillantes dans les autres.

Nous allons reproduire succinctement ces trois observations.

OBSERVATION XLI (personnelle).

Petit garçon, âgé de 8 ans, amené à la clinique otologique, le 28 janvier 1896; ne présente rien à noter du côté des antécédents héréditaires.

A depuis l'âge de 2 ans un écoulement purulent de l'oreille gauche.

Le 20 juin 1895, il fut amené, pour la première fois, à la consultation, son oreille rendant à ce moment-là et depuis quelques jours seulement du pus *mélangé de sang*.

Le pus était jaune verdâtre et très fétide et le sang était « *d'un beau rouge* ».

Diagnostic porté sur le registre de la clinique, à cette époque-là : « Otite moyenne suppurée à gauche avec polype de la caisse et *otorragies*. Pas de végétations adénoïdes ».

Le 1er juillet, le petit malade fut opéré : ablation du polype, curettage de la caisse.

Plus tard, ablation du marteau qui était en partie nécrosé. Pansements secs et humides alternativement.

Aujourd'hui la guérison est complète avec surdité de l'oreille intéressée.

OBSERVATION XLII (personnelle).

L. S..., âgé de 10 ans, amené par sa mère à la clinique, le 28 janvier 1896; rien à signaler du côté des antécédents héréditaires.

Vers l'âge de 2 ans, a ressenti de violentes douleurs dans l'oreille gauche, puis a eu ensuite par la même oreille un écoulement purulent, jaune-verdâtre et très fétide. Cette oreille a continué à couler, mais depuis environ 18 mois le *pus est mélangé de sang*.

L'oreille droite coule également, mais depuis un an seulement et par intermittences. L'écoulement est en outre bien moins abondant et simplement purulent.

Les parents de cet enfant, habitant à la campagne, l'amenèrent à la clinique, il y a environ trois mois, pour la première fois.

A l'examen de l'oreille gauche, on constata alors la présence d'un polype dans l'oreille moyenne. L'extraction de ce polype fut faite.

Le 28 janvier 1896, le petit malade est ramené par sa mère, sa situation ne s'étant point améliorée et tous les symptômes ayant persisté, écoulement de pus, *otorragies*, etc.

L'oreille droite ne présente rien d'anormal, mais l'examen de l'oreille gauche permet de constater qu'il ne reste plus que des débris de la membrane du tympan, et qu'il existe dans la caisse des *fongosités saillantes*. De plus, la fonction auditive de ce côté est complètement perdue.

Extraction des fongosités.

1er février : curettage de la caisse.

4 février : nous constatons que l'otorrhée va mieux.

OBSERVATIONX LIII (personnelle).

Raymond P..., âgé de 18 ans, boucher.

Pas d'antécédents héréditaires.

A eu la rougeole à six ans. Quelques mois après survinrent des bourdonnements d'oreille, à gauche, avec douleurs et surdité. Ces symptômes durèrent deux ans, puis un écoulement purulent par l'oreille, du même côté, fit disparaître les douleurs.

Cet écoulement de pus jaune verdâtre, fétide, a duré jusqu'à maintenant; mais depuis environ huit jours le *pus est mélangé de sang* et les douleurs sont revenues.

O. D. : rien d'anormal.

O. G. : à l'entrée du conduit, on voit un érythème se prolongeant dans le conduit même. C'est l'indice d'une suppuration osseuse très abondante.

La membrane du tympan n'existe plus.

L'oreille coule constamment. Le coton est toujours imprégné de *pus sanguinolent*.

Dans la caisse, on constate de *petites fongosités* faisant saillies autour du cadre à la partie postéro-supérieure.

Les suppurations de l'oreille moyenne peuvent se terminer de plusieurs façons : par méningite purulente, par abcès du cerveau, par phlébite des sinus et enfin par *hémorragies mortelles*.

C'est surtout la carotide interne qui donne lieu par son ulcération à ces hémorragies. Si nous cherchons, en effet, à nous rappeler les rapports de la caisse du tympan, nous voyons qu'elle n'est séparée de cette artère, en avant, que par une mince couche osseuse. On conçoit donc clairement pourquoi dans la carie du rocher la carotide est si facilement lésée.

Toutefois ce n'est pas le seul vaisseau important qui, en pareil cas, puisse occasionner une hémorragie grave. Ainsi Triquet (1) signale une otorragie suivie de mort, reconnaissant pour cause *une érosion du golfe de la veine jugulaire*. Cette érosion était déterminée par une carie de la caisse du tympan.

Cet accident ne doit pas nous surprendre, puisque nous avons vu que le golfe de la veine jugulaire n'était recouvert que par le plancher de l'oreille moyenne, fort mince en cet endroit.

Si nous nous reportons à l'observation IV de notre travail, nous nous trouvons en présence d'un cas d'*hémorragie mortelle* due à une ulcération du sinus pétreux supérieur produite par un séquestre du rocher. Le malade qui était convalescent de scarlatine était atteint d'otorrhée.

Notre observation XI est aussi relative à un cas d'*otorragie mortelle* par ouverture du sinus pétreux supérieur survenue dans le cours d'une otorrhée chez un diabétique. Le rapport du sinus pétreux supérieur qui suit le bord supérieur du rocher nous explique la possibilité de ces hémorragies.

L'artère méningée moyenne qui est en rapport avec la face interne et la face supérieure de la caisse, ainsi que le sinus latéral qui est en rapport avec la face interne de l'apophyse mastoïde peuvent de la même façon causer des otorragies graves.

Au sujet des hémorragies dues aux lésions de la carotide

---

(1) Triquet, *Leç. clin.*, 2e part., p. 138.

interne (de beaucoup les plus fréquentes), Politzer (1), qui en a observé 13 cas confirmés par l'autopsie, pense que l'ouverture de la carotide est moins due à l'usure produite par le contact d'un séquestre qu'aux chocs successifs des ondées sanguines dans un vaisseau dont les parois enflammées se ramollissent de plus en plus au contact du pus...

Les signes des hémorragies artérielles par l'oreille trouvent leur place ici, et bien que nous en ayons déjà parlé au sujet des otorrhées chez les phtisiques, nous allons les décrire de nouveau.

Ces signes, qu'il s'agisse de la carotide interne ou d'une autre artère sont : la grande quantité de sang pur, rouge, rutilant, qui s'échappe du conduit auditif par jets saccadés, isochrones aux battements du cœur. Toutefois, nous savons déjà qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'il peut n'y avoir qu'un léger écoulement de sang.

D'autre part, si l'hémorragie provient d'une artère telle que la méningée moyenne ou d'une petite branche quelconque de la carotide, la quantité de sang qui s'écoule par l'oreille est moins considérable.

Le sang peut couler en même temps dans la gorge par la trompe d'Eustache.

Ces hémorragies produisent souvent des signes d'anémie avec syncopes et collapsus.

Généralement elles sont indolores : Sur 13 cas que Politzer a observé, un seul malade eut de la douleur.

Quand la carotide interne est ulcérée, la mort est fatale. Des 13 cas de Politzer, 3 moururent par suite de la perte rapide du sang. Les autres eurent jusqu'à leur terminaison de nouvelles hémorragies dont le nombre fut variable (1 à 20).

---

(1) Politzer, *Tr. des mal. de l'oreille*, p. 482.

La durée de chaque hémorragie est elle-même très variable (en moyenne de 4' à 10'. Politzer).

Dans un cas de Broca-Jolly *(Arch. de méd.*, 1866), elle dura 7 heures et dans un autre cas de Hermann, elle dura 6 jours, avec une interruption de 24 heures (1).

Dans les cas où on fit la ligature de la carotide, la mort ne fut reculée que de quelques jours, si ce n'est dans le cas de Pilz cependant, où le malade survécut 4 semaines.

Enfin, quand on a affaire à une hémorragie de la carotide, la compression de ce vaisseau arrête l'écoulement de sang.

Le malade qui fait le sujet de notre observation XV eut une hémorragie mortelle par l'oreille gauche due à une ulcération de la carotide interne dans le cours d'une otorrhée. A l'autopsie, on trouva la membrane du tympan détruite et une carie du rocher. La carotide avait été ulcérée par deux petits séquestres mobiles.

Dans le cas rapporté par M. Sée (2), il s'agit d'otorragies graves et répétées survenues dans le cours d'une otorrhée chronique et ayant déterminé la mort. A l'autopsie, on constata l'érosion de la carotide interne.

Les hémorragies auriculaires consécutives aux ulcérations des sinus et de la veine jugulaire sont plus rares que celles qui intéressent la carotide.

Le sang ne coule pas en jets saccadés comme dans les hémorragies artérielles et ne présente pas non plus la couleur rutilante; il est rouge sombre. De plus, la compression de la carotide n'arrête pas l'otorragie.

---

(1) Politzer, *loc. cit.*

(2) Triquet, *Leç. clin.*, 2e p., 1866, p. 136.

§ II. *Hémorragies de l'oreille consécutives à des épistaxis.*

Dans les otorrhées chroniques avec perforation du tympan, le sang d'une épistaxis peut, dans le décubitus latéral, passer par la trompe, venir dans la caisse et donner lieu à une hémorragie de l'oreille.

Gellé a observé un cas de ce genre chez un enfant cachectique qui fut trouvé un matin baigné dans son sang et à demi-évanoui. L'oreiller surtout était couvert de sang, l'orifice des narines montrait quelques caillots et la chemise était rouge sur le devant de la poitrine.

L'enfant pâle et aphone toussait depuis longtemps et avait saigné du nez la veille au soir. L'oreille du côté sur lequel il était couché *était remplie de caillots et coulait encore.*

L'auteur apprit par l'interrogatoire que le malade avait depuis plusieurs années un écoulement purulent par l'oreille gauche.

La perforation du tympan permit la sortie du sang qui a coulé dans l'oreille moyenne pendant le décubitus.

Ces otorragies se substituant aux épistaxis, ne ressemblent en rien à celles qui s'observent chez les hystériques ou chez les neurasthéniques et où, du reste, la membrane du tympan est intacte (obs. XXVIII).

C. Tumeurs de l'oreille moyenne.

§ 1. *Polypes de la caisse.*

Nous avons déjà étudié les caractères des polypes au sujet du conduit auditif externe et du tympan, et il nous reste peu de choses à y ajouter.

Nous rappellerons seulement que leur point d'élection est la

muqueuse de la caisse et de la partie supérieure de la trompe (de Trœltsch), et qu'on les observe surtout dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne où elles sont une des causes les plus fréquentes d'hémorragies.

Ces tumeurs se présentent souvent sous forme de granulations polypoïdes rougeâtres tapissant la muqueuse de la caisse. D'autres fois, elles acquièrent un volume tel qu'elles viennent à travers la membrane du tympan perforée faire saillie dans le conduit auditif externe.

Nous avons vu au sujet des polypes du conduit que, si en général l'hémorragie est insignifiante, il est cependant des cas où, par son abondance, elle peut déterminer des syncopes (observ. XXXII). Il en est de même des polypes de la caisse qui peuvent causer des écoulements de sang très abondants et sortir du conduit par jets violents, comme dans le cas rapporté par Miot (1) : Il s'agissait d'une dame qui, au cours d'une otorrhée, avait eu un écoulement de sang par la même oreille qui devint plus abondant une seconde fois et qui bientôt *coula de l'oreille sous la forme d'un jet assez considérable pendant plusieurs minutes*. Cette hémorragie se produisit souvent et affaiblit énormément la malade.

L'examen permit de constater l'existence d'un polype inséré dans la partie supéro-postérieure de chaque caisse, et d'une suppuration très abondante.

§ II. *Angiomes caverneux du Rocher.*

Quelques polypes de la caisse du tympan, dit Politzer, sont traversés par de nombreux vaisseaux sanguins et prennent ainsi le caractère de polypes caverneux et d'angiomes.

---

(1) Miot, *Tr. prat. des mal. de l'oreille*, 1871, p. 332.

Ces angiomes caverneux sont des tumeurs où le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caverneux des organes érectiles. Elles sont veineuses ou artérielles. Les premières sont molles, bleuâtres à sang noir, à marche lente; les secondes sont plus consistantes, rosées ou rouges, d'un accroissement plus rapide et plus souvent ulcérées.

Les angiomes caverneux du rocher donnent lieu à des hémorragies auriculaires, spontanées, abondantes et répétées.

Ces tumeurs sont très rares; nous n'en avons trouvé que trois observations dans toute la littérature médicale et encore dans le cas rapporté par le Dr Huntington Richards (de New-York) il ne se produisit pas d'hémorragies spontanées.

Nous allons résumer les deux autres observations qui sont dûes, l'une à Politzer, l'autre à M. Moure.

OBSERVATION XLIV

(Politzer, *Tr. des mal. de l'or.*, p. 675).

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, souffrant soi-disant depuis un an et demi d'une otorrhée du côté droit et d'*hémorragies d'oreille* se reproduisant de temps en temps. Depuis plusieurs semaines, paralysie faciale du côté droit. A son entrée à la clinique, on trouve une excroissance polypeuse rouge-bleu allant jusqu'au milieu du conduit auditif externe et *saignant fortement au moindre contact.*

L'enlèvement du polype fût suivi d'une hémorragie extrêmement profuse qui ne pût être arrêtée que par le tamponnement stypique répété.

Plus tard, l'excroissance repoussant rapidement fut enlevée à plusieurs reprises, ce qui amena toujours une hémorragie sérieuse.

Après deux mois de séjour à la clinique, survint tout à coup de la difficulté de respirer et de la cyanose.

La mort survint le troisième jour, au milieu de symptômes de suffocation.

A l'autopsie, on trouva à la paroi postérieure du conduit deux orifices conduisant dans la cavité de l'apophyse mastoïde et par où passaient, dans le conduit auditif, une tumeur de la grosseur d'un pois et une seconde plus petite rouge-bleu.

Dans la partie postérieure de la membrane du tympan se trouve une ouverture par où passent quelques excroissances villeuses. A la base du crâne correspondant à la pyramide du rocher droit, on voit une tumeur ovoïde, irrégulière à petites saillies.

L'examen microscopique des polypes enlevés du conduit auditif les fit reconnaître pour des angiomes caverneux qui étaient reliés avec l'excroissance du rocher.

L'examen montra, comme point d'origine probable de l'excroissance, le *sinus latéral* qui communiquait avec les parties creuses de l'angiome caverneux.

OBSERVATION XLV

(Dr Moure, *Revue d'otologie de Bordeaux*, n° 23, 1er décembre 1895).

Il s'agit dans mon cas d'une dame des environs de Bordeaux qui me fut adressée par un de mes anciens élèves, le 19 février 1895, avec une note donnant les renseignements suivants : âge 47 ans, pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents morbides : Sujette à la migraine vers l'âge de 25 ans, pieds toujours froids.

Bien réglée mais perdant peu, elle a encore aujourd'hui de fréquentes céphalalgies. Dans l'oreille et même dans tout le côté droit de la face, sensation de tension, de battement.

Il y a quelques mois, démangeaisons dans l'oreille droite; la malade alors s'étant grattée avec une épingle, léger écoulement de pus consécutif.

Au commencement de décembre 1889, l'oreille se *met à saigner goutte à goutte,* puis trois fois l'*hémorragie, véritable épistaxis*, se reproduit jusqu'au 15 décembre, jour où elle se présente à la consultation.

15 déc. 1889. *Etat local actuel : percep. cran.* = B.

diapason = mieux à gauche.

montre = O. D. = à peine au contact

O. G. = 0,70.

Au spéculum : On constate une petite tumeur du volume d'un gros pois, globuleuse, lisse, d'aspect rosé, à pédicule assez large et paraissant s'implanter sur la paroi postéro-inférieure de la caisse, elle ne présente pas de battements.

O. G. saine.

23 décembre 1889 : Extirpation à l'aide du polypotôme de Wilde; le sang vint en grande abondance, la tumeur s'affaissa.

L'état de la malade est resté très satisfaisant jusqu'au mois de juillet 1894, époque à laquelle il fut constaté que la tumeur s'était reformée.

En janvier 1895, la malade eut une *nouvelle hémorragie spontanée* et le 19 février elle me fut adressée.

Lors de mon premier examen, je constate en effet à l'entrée du méat auditif l'existence d'une tumeur rouge foncé, ayant la forme d'un grain de blé, placée au-dessus d'une autre tumeur lisse et unie à sa surface, d'aspect gris-rosé, globuleuse, s'enfonçant dans le conduit auditif et paraissant s'insérer vers la paroi supérieure ou postéro-supérieure de la caisse du tympan. Autour de la tumeur s'écoule un peu de pus jaunâtre, assez liquide, d'odeur fade, mais pas véritablement fétide. Je propose l'extirpation du polype, qui est acceptée et pratiquée le lendemain matin.

Après avoir nettoyé l'oreille, comme de coutume, je passe le serre-nœud jusque vers le pédicule présumé du néoplasme que j'arrache de son point d'insertion par le procédé ordinaire. A peine ai-je retiré mon instrument et la tumeur sectionnée *qu'une grande quantité de sang noir s'écoule par le conduit* et très rapidement inonde la malade et le plancher.

Je place alors la pulpe de mon pouce gauche à l'entrée du méat pendant que de la main droite je prépare quelques tampons d'ouate boriquée que j'introduis avec assez de difficulté jusqu'au fond du conduit, tellement l'hémorragie est abondante. Une fois le tamponnement fait, je le maintiens

comprimé avec le pouce et j'attends quelques minutes, espérant que cet écoulement sanguin allait, sinon s'arrêter, du moins diminuer et me permettre de voir le point d'implantation du néoplasme. Dans le cas où l'hémorragie récidiverait, je prépare un tamponnement à la gaze iodoformée avec l'intention arrêtée de le laisser plusieurs jours en place. Ceci fait, j'enlève doucement mes tampons d'ouate ; mais à peine arrivé aux deux derniers, l'écoulement sanguin repart aussi intense et aussi rapide que la première fois, coulant à plein conduit, au point que j'eus d'abord la sensation d'avoir ouvert un gros vaisseau, peut être un anévrysme de la jugulaire. Je fais de suite un nouveau tamponnement iodoformé, que je maintiens dans le conduit à l'aide du collodion liquide, formant ainsi une obturation bien complète et bien sûre du méat auditif. Je revois la malade le soir ; elle va bien et n'a pas de fièvre. Le lendemain, l'oreille est un peu douloureuse ; il existe un peu d'empâtement au niveau de la fosse temporale.

Le deuxième jour, le gonflement a encore augmenté, il gagne un peu la joue et l'oreille est toujours douloureuse au toucher.

Le troisième jour, la joue et surtout la fosse temporale prennent une teinte légèrement violacée, comme s'il s'était fait un peu d'infiltration sanguine à travers les tissus. L'oreille n'a pas coulé, le tamponnement a bien gardé sa place, ayant quelque tendance à sortir un peu du conduit.

Le quatrième jour, les douleurs étant plus violentes, je me décide à enlever une partie du tampon, prêt à le replacer, du reste, si l'hémorragie recommence. Je puis en supprimer à peu près la moitié sans produire autre chose qu'un léger suintement sanguin de minime importance.

La nuit est meilleure, le gonflement de la joue n'augmente pas et le cinquième jour je puis enlever le reste du tamponnement sans avoir d'écoulement de sang.

A l'examen de l'oreille, je vois que la tumeur était insérée vers la partie postéro-supérieure de la caisse ; la région inférieure semble libre et saine, ce qui me fait douter quelque peu d'une lésion possible de la jugulaire.

Néanmoins, la tumeur enlevée n'était constituée au dedans que par une coque ayant l'épaisseur d'un gros vaisseau. Je remis la pièce au laboratoire

d'anatomie pathologique de notre Faculté où fut pratiqué l'examen histologique, lequel montra qu'il s'agissait d'un polype angiomateux avec parties fibreuses.

Il semble, d'après ces deux observations, que les angiomes caverneux du rocher donnent lieu à des hémorragies spontanées abondantes, ce qui n'a rien d'extraordinaire; de plus, ces tumeurs peuvent être précédées de sensation de tension, et de battement dans l'oreille intéressée ainsi que dans tout le côté de la face correspondant; enfin elles peuvent être multiples et elles récidivent très vite; nous sommes d'autant plus autorisé à faire cette dernière supposition, que M. Moure, qui a revu son opérée ces jours-ci, nous dit avoir constaté dans le segment antéro-inférieur du tympan un point ecchymotique rouge qui semble être une récidive de la tumeur enlevée par lui il y a un an.

§ III. *Tumeurs malignes de la caisse du tympan.*

Nous avons vu déjà, au sujet du pavillon et du conduit auditif externe, que les tumeurs malignes de l'oreille sont rares et que l'épithélioma est la forme la plus commune.

Ces tumeurs débutent par l'apophyse mastoïde ou bien dans la caisse même, où elles prennent naissance sur la muqueuse. Dans ce dernier cas elles peuvent occasionner des otorragies très abondantes pouvant aller jusqu'à entraîner la mort du malade. Quand elles débutent par l'apophyse mastoïde, souvent il ne se produit pas d'hémorragies.

Ces tumeurs, assez souvent, détruisent la membrane du tympan et viennent faire irruption dans le conduit auditif externe où elles peuvent être prises pour des polypes et où leur extraction a quelquefois produit des hémorragies considérables. Elles

détruisent en même temps les parties environnantes osseuses. Le rocher se trouve confondu entièrement ou en partie avec la masse néoplasique et la partie squameuse du temporal étant détruite, les tumeurs peuvent pénétrer dans la cavité crânienne et déterminer la mort par compression du cerveau.

Le premier symptôme qui attire l'attention du malade est la douleur qui est continue et qui est constante dans cette affection. A ce symptôme initial se joignent bientôt des bourdonnements d'oreille et des vertiges. L'insomnie est complète et résulte de la douleur. La surdité résulte de la tumeur même qui occupe la caisse du tympan.

Il s'établit par le conduit un écoulement otorrhéïque très fétide qui bientôt *est mélangé de sang.*

Parfois en dehors de ces écoulements purulents surviennent des hémorragies spontanées plus ou moins considérables.

Nous donnons ci-dessous une observation de Carmalt publiée par Charazac (in *Revue d'otologie de Bordeaux*, 15 janvier 1892), dans laquelle il s'agit d'un cancer de la caisse, et où le malade succomba à la suite d'une hémorragie foudroyante.

OBSERVATION XLVI

(Carmalt, *Trans. of the Amer. Otol. Soc.*, 1888).

Le malade, âgé de 47 ans, est atteint d'otorrhée consécutive à la rougeole à l'âge de 5 ans. En dehors de l'écoulement, son oreille ne lui avait jamais causé d'ennui jusqu'à ces dernières semaines. En mai 1888, il commença à ressentir des douleurs dans l'intérieur et tout autour de l'oreille, l'écoulement devint absolument fétide. Le conduit était rempli par une excroissance et très sensible au toucher. Légère sensibilité mais pas de gonflement de l'apophyse mastoïde. La douleur s'irradiait à la moitié gauche de la tête, et troublait le sommeil du malade. Dès la seconde visite, le côté droit de la

face était complètement paralysé. Sur ces entrefaites, le malade vit un autre médecin qui crut qu'il s'agissait d'une carie de l'antre. On essaya de l'ouvrir, mais l'os environnant était tellement sclérosé, que, pratiquement, la cavité de l'antre n'existait plus. Pas d'abcès mastoïdien. L'incision fut alors prolongée sur les parties molles vers le conduit auditif externe. La masse polypeuse qui le remplissait fut extraite aussi complètement que possible, et un drain fut mis dans la plaie. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un carcinome.

Quelques semaines plus tard, l'oreille était de nouveau bouchée et la peau commençait à se prendre. A l'aide de la gouge, on ouvrit alors à travers l'os à sa partie postérieure un libre accès vers la caisse; l'os enlevé paraissait sain. La caisse ne contenait plus aucune trace des diverses parties de l'appareil auditif, mais était remplie par une masse de tissu carcinomateux. La cavité fut lavée avec une solution de résorcine, et pendant un certain temps la plaie parut aller bien, mais la maladie reparut de nouveau.

L'écoulement redevint fétide. Le malade perdit ses forces et finalement *mourut d'hémorragie foudroyante,* probablement par érosion du sinus latéral.

Outre l'unique hémorragie dont mourut le malade, nous remarquons dans cette observation qu'il avait de la paralysie faciale. C'est là un symptôme habituel du cancer de l'oreille moyenne, dû à la compression du néoplasme sur le nerf ou à la destruction des fibres nerveuses elles-mêmes. La tendance qu'a le cancer à envahir les parties voisines, molles ou osseuses explique cette paralysie.

L'extension de la tumeur aux organes voisins peut donner lieu à de nouveaux symptômes, tels que la dysphagie, par suite de l'extension à la cavité naso-pharyngienne par la trompe; le malade alors est gêné dans ses mouvements de déglutition. On peut également avoir de la dyspnée, des vomissements, etc.

Nous reproduisons ci-dessous une observation de Cooper

Forster publiée par Toynbee, montrant l'action destructive et envahissante des tumeurs malignes de la caisse.

OBSERVATION XLVII

(Cooper Forster, *Mal. de l'oreille*, Toynbee, p. 400).

Un garçon scrofuleux, âgé de 19 ans, avait été renversé par un cab dix-neuf mois avant de mourir ; le coup avait porté sur le côté droit de la tête. Peu après, il devint sourd de l'oreille droite et éprouva une douleur considérable dans cet organe ; la région enfla légèrement et devint extrêmement sensible, spécialement sur l'apophyse mastoïde. La tuméfaction n'augmenta point, mais la douleur de tête prit une intensité extrême, et il apparût une paralysie du nerf facial. La situation ne se modifia guère jusqu'à ces six derniers mois, lorsqu'à la suite d'un autre coup au même endroit, la maladie sembla redoubler d'activité. Le côté de la tête, à partir du haut de la crête temporale jusqu'à 0,05 cent. au-dessous du pavillon, se tuméfia énormément et devint très sensible ; l'oreille externe paraissait comme repoussée en dehors.

Les aliments solides s'avalaient difficilement et le malade ne pouvait parler.

Deux mois environ avant la mort, la tumeur commença à devenir fongueuse et à s'ulcérer ; de temps en temps *apparaissaient des hémorragies abondantes,* l'ulcération marcha très rapidement et mit à nu le pharynx.

En dernier lieu l'action destructive s'étendit au point de former une large ouverture autour de l'oreille qui isolait complètement cet organe.

Il ne se montra aucun symptôme cérébral. Les hémorragies abondantes et l'écoulement continuel du pus finirent par emporter le malade.

Autopsie : L'examen de la pièce joint aux signes ci-dessus (surtout les hémorragies abondantes et le caractère fongueux et envahissant de la tumeur) ne permit pas de douter de la nature maligne du néoplasme qui était très probablement une tumeur encéphaloïde.

Cette observation de carcinome confirme bien ce que nous avons dit au sujet de l'observation précédente, relativement à la paralysie faciale consécutive à cette affection. Nous voyons, en outre, que dans ce cas le malade avait de la difficulté à déglutir surtout les aliments solides, preuve évidente de la propagation de la tumeur au pharynx.

Pour ce qui est des hémorragies, elles furent multiples et leur abondance fut telle qu'elle finit par entraîner la mort du malade.

Enfin l'âge du sujet nous montre que les tumeurs malignes de l'oreille peuvent se développer à tout âge. Hartmann a même observé un sarcome mou à cellules rondes chez un enfant de 3 ans 1/2 et qui amena la mort en 7 mois.

Un malade de Orne Green (1) avait 23 ans et était atteint d'un sarcome à cellules rondes.

Toynbee a observé 3 cas de sarcome également chez des sujets qui avaient respectivement 3 ans, 18 ans et 25 ans.

L'épithélioma et le carcinome seraient cependant plus fréquents dans la seconde moitié de la vie.

Si l'épithélioma est la forme la plus commune des tumeurs malignes de l'oreille, le carcinome est la forme la plus rare.

Néanmoins Burkner en a réuni 14 cas et Delstanche, Kipp, Moos, Billroth, Bergmann, etc., en ont publié également des cas.

L'examen direct de ces tumeurs malignes, qu'il s'agisse d'épithélioma, de sarcome ou de carcinome, permet de constater une tumeur plus ou moins molle, grisâtre et saignant au moindre contact.

Quand la tumeur vient faire saillie dans le conduit, on peut la prendre pour un polype. L'examen histologique du néo-

(1) Charazac, *Tumeurs malignes de l'oreille*, Soc. de méd. de Toulouse, déc. 1891.

plasme est alors nécessaire pour affirmer le diagnostic. D'autre part, la marche rapide et envahissante, l'engorgement ganglionnaire, l'altération de la santé générale lèvent tous les doutes.

Les hémorragies qui se produisent au cours de ces tumeurs tiennent évidemment à leur nature, mais un gros vaisseau peut se trouver intéressé par les progrès du mal et être une nouvelle source d'hémorragies graves. C'est du reste ce qui se produisit dans le cas de Carmalt (obs. XLVI) qui pensa que l'hémorragie foudroyante de son malade était due à une érosion du sinus latéral. Le même fait se produirait si l'artère carotide interne, l'artère méningée moyenne, la veine jugulaire ou un sinus venaient à être ulcérés.

Les hémorragies auriculaires qui se produiraient alors se manifesteraient par des caractères que nous avons étudié avec les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et qui sont différents suivant qu'il s'agit d'une lésion artérielle ou d'une lésion veineuse.

CONCLUSIONS

I. Les hémorragies spontanées de l'oreille se rencontrent dans un certain nombre de maladies générales où elles revêtent parfois un caractère très grave et peuvent même déterminer la mort.

II. Les neurasthéniques et les hystériques des deux sexes peuvent présenter des otorragies spontanées.

III. On observe encore chez des femmes nerveuses des hémorragies auriculaires à la place des règles (hémorragies substitutives) ou survenant aussitôt après (hémorragies supplémentaires).

IV. Les affections aiguës et chroniques du pavillon et du conduit auditif peuvent déterminer des hémorragies de l'oreille ainsi que certaines tumeurs qu'on peut y observer.

V. Les hémorragies symptomatiques d'affections auriculaires occupant le tympan ou la caisse se rencontrent surtout dans les cas de saillies polypeuses (granulations, fongosités, etc.), et de tumeurs malignes.

VI. Elles peuvent être assez abondantes pour mettre l'existence des malades en danger (ulcération de gros vaisseaux : carotide interne, veine jugulaire, sinus latéral, sinus transverse, etc...).

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 11 mars 1896.
Le Président de la thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 mars 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arslan. — *Presse médicale,* février 1896.

Artigalas et Remond. — *Revue de l'hypnotisme,* février 1892.

Baratoux (J.). — Hémorragies périodiques de l'oreille chez les hystériques. *Rev. de laryng., d'otol. de Bordeaux*, 1890.

Bonnafont (J.-P.). — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, 1860.

Charazac (J.). — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille. *Rev. de laryng., d'otol. de Bordeaux,* janvier 1892.

Dewèvre. — De l'hémiplégie urémique et de l'otite hémorragique au cours du mal de Bright. *Lyon médical,* octobre 1886.

Garnault. — Les maladies infectieuses dans leurs rapports avec les maladies de l'oreille. *Sem. médicale,* janvier 1894.

Gellé. — Précis des maladies de l'oreille, 1885.

» Clinique otologique annexe de la Salpêtrière, statistique 1890.

Gilles de la Tourette. — Traité clinique et pratique de l'hystérie. Paris, 1891.

Hartmann (A.). — Les maladies de l'oreille et leur traitement, 1890.

Hennebert (C.). — *La Clinique.* Bruxelles, janvier 1890.

» *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles,* novembre 1892.

Itard (J. M. G.). — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition, t. I, II, 1821.

Kirmisson. — Pathologie externe, t. II.

Kramer (G.). — Traité des maladies de l'oreille, 1848.

KUHN. — De l'otite diabétique. *Revue de laryng., d'otol. de Bordeaux,* mars 1890.

LAVERAN et TEISSIER. — Pathol. médicale, t. II.

LUC. — Contribution à l'étude des hémorragies névropathiques de l'oreille sans perforation de la membrane du tympan. *Rev. de laryng., d'otol. de Bordeaux,* 1891.

MIOT. — Traité pratique des maladies de l'oreille, 1871.

MOLINIÉ et DAUNIC. — Otorragie double au cours de la fièvre typhoïde. *Rev. de laryng., d'otol. de Bordeaux,* juillet 1895.

MOURE. — Angiome caverneux du rocher. *Rev. de laryng., d'otol. de Bordeaux,* déc. 1895.

POLITZER (Adam). — Traité des maladies de l'oreille, 1884.

RÉGIS. — *Presse médicale,* n° 8, janvier 1896.

TÉMOIN. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. *Oreille.*

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, 1894.

THOMAS-BARR . — *Annales des maladies de l'oreille,* avril 1889.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique, 1887.

TOYNBEE. — Maladies de l'oreille, 1874.

TRIQUET. — Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille, 1re partie 1863; 2e partie 1866.

» Traité pratique des maladies de l'oreille, 1857.

TROELTSCH (de). — Traité pratique des maladies de l'oreille, 1870.

URBANTSCHITSCH. — Traité des maladies de l'oreille, 1881.

VON STEIN. — Otorragies chez un garçon sans perforation du tympan, *Rev. de laryng., d'otologie de Bordeaux,* n° 16, 1895.

19,897. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.